

THESIS / THÈSE

MASTER EN SCIENCES DE GESTION À FINALITÉ SPÉCIALISÉE

L'analyse des variables influençant l'adoption d'un nouveau service en milieu hospitalier

Skubis, Romain

Award date:
2019

Awarding institution:
Université de Namur

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



L'ANALYSE DES VARIABLES INFLUENÇANT L'ADOPTION D'UN NOUVEAU SERVICE EN MILIEU HOSPITALIER

MÉMOIRE-PROJET

SKUBIS ROMAIN

DIRECTRICE : PROF. M. LATIERS

Mémoire présenté
en vue de l'obtention du titre de
Master 120 en sciences de gestion
à finalité spécialisée

ANNÉE ACADEMIQUE 2018-2019

Table des matières

1. Introduction :	4
1.1 Présentation de L'hôpital universitaire de Mont-Godinne (CHU-UCL):	4
1.1.1 Les objectifs du CHU :	5
1.1.2 La clinique en quelques chiffres :	5
1.2 Présentation du contexte	6
1.2.1 Le contexte hospitalier en Belgique :	6
2. Définition du projet et de la problématique :	11
2.1 Identification du problème et question de recherche	11
2.2 Le centre d'accueil animalier en milieu hospitalier	11
3. L'étude de marché :	13
3.1 Contexte et recherches précédentes :	13
3.1.1 Contexte :	13
3.1.2 État de l'art :	14
3.1.2. L'adoption d'un nouveau service en milieu hospitalier :	22
3.1.4. Les impacts et effets d'un compagnon animal sur l'individu :	32
3.2. Question d'étude	37
3.2.1. Définition des bénéfices attendus :	38
3.3. Méthodologie de l'étude qualitative :	38
3.3.1. Objectifs de l'étude qualitative :	38
3.3.2. Méthode qualitative utilisée :	39
3.3.3. Échantillon de recrutement :	39
3.3.4. Guide d'entretien et retranscriptions :	41
3.4. Type d'analyse et unité d'analyse :	42
3.5. Construction de la matrice :	42
3.6. Analyse des résultats	43
3.6.1. La cohorte « revalidation » :	43
3.6.2. La cohorte générale :	49
3.6.3. La cohorte gériatrie et personnes de plus de 65 ans	54
3.7. Conclusion	58
3.7.1. L'évaluation du projet	58
3.7.2. Les contours de l'offre	58
3.7.3. Analyse aux lumières de la littérature	59
3.8. Méthodologie de l'étude quantitative :	66
3.8.1. Objectifs de l'étude quantitative :	66
3.8.2. Méthode d'analyse quantitative utilisée :	66
3.8.3. Analyse des données nominales :	67
3.8.4. Analyse des données ordinales/métriques :	70
3.8.5. Résumé et discussion des résultats :	73
4. Conclusion	76
5. Bibliographie et annexes	78
5.1. Bibliographie :	78
5.2. Annexes :	81

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à ce projet et qui m'ont aidé lors de la rédaction de ce mémoire.

Je voudrais, dans un premier temps, remercier ma directrice de mémoire, le professeur Mélanie Latiers, pour sa patience, sa disponibilité, sa compréhension et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion tout au long de ce mémoire.

Je remercie également Madame Virlée pour sa réactivité face aux problèmes que j'ai rencontrés et son aide précieuse lors de moments cruciaux.

Un grand merci à Madame Virginie Gillardin qui m'a beaucoup appris sur les défis à relever dans le monde du travail. Elle a partagé ses connaissances et expériences dans ce milieu, tout en m'accordant sa confiance et une large indépendance dans l'exécution de ce projet.

Je tiens à témoigner toute ma reconnaissance aux personnes suivantes, pour leur aide dans la réalisation de ce mémoire :

Amandine Ransquin, pour son soutien important lors des moments de doutes, ses précieux conseils et son temps à chaque instant de ce mémoire.

L'ensemble des personnes interrogées qui ont fait de ce projet une expérience humaine hors du commun.

Le personnel du CHU ayant contribué de près ou de loin à la rédaction de ce mémoire.

Ma famille et amis, pour leur soutien constant et leurs encouragements.

1. Introduction :

Ce mémoire-projet a pour but, en association avec le CHU-UCL Namur, de définir, par une étude de marché, quels sont les facteurs qui amènent un consommateur à adopter un nouveau service en milieu hospitalier.

Cette partie introductive présente au lecteur l'hôpital ainsi que le contexte actuel dans lequel il se trouve, les pistes et réflexions précédentes ainsi que la place de ce mémoire comme outil et support à destination du CHU.

1.1 Présentation de L'hôpital universitaire de Mont-Godinne (CHU-UCL)¹

Le secteur hospitalier est en perpétuel changement, les techniques évoluent et les soins s'améliorent (Crommelynck et al., 2013). Ce premier point a pour but de comprendre l'organisation du CHU-UCL, ses composantes, son fonctionnement et son identité.

Le "CHU Dinant-Godinne" est un hôpital universitaire produit de la fusion entre l'hôpital de Godinne et de Dinant et ayant fusionné depuis 2016 avec la clinique et maternité Sainte-Elisabeth, donnant naissance à un nouvel ensemble hospitalier : le CHU-UCL Namur. Les hôpitaux universitaires ont les mêmes compétences que les hôpitaux généraux en ayant en plus des sections de soins ou ils se sont spécialisés.

Le CHU voit évoluer plus de 4000 collaborateurs et de 600 médecins permettant d'offrir un ensemble de soins et de services complets aux patients. Il se compose d'un département de médecine et chirurgie, de plateaux techniques modernes en imagerie et biologie médicale, d'hôpitaux de jour et d'un secteur de pathologie cancéreuse reconnu.

Il intègre également dans son offre de soins un pôle mère-enfant (services de pédiatrie, maternité, blocs d'accouchement et services de néonatalogie) ainsi que plusieurs centres d'excellence (chirurgie cardiaque, chirurgie maxillo-faciale, hématologie, oncologie, O.R.L., radiothérapie, etc.). Le CHU constitue le premier centre de transplantation pulmonaire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

¹L'ensemble des informations sont un condensé de l'ensemble des rubriques « historique, mission et chiffre » disponible sur le site du CHU
<http://www.uclmontgodinne.be/gabout.php>

Le CHU ne se limite pas seulement à son entité hospitalière mais s'exporte par le biais de 4 polycliniques (situées à Ciney, Erpent et Givet), de maisons de repos et/ou de soins ainsi que deux crèches agréées par l'ONE.

Le rôle de l'hôpital ne se limite donc pas seulement aux soins du patient. La structure a aussi en charge la formation des médecins généralistes et des médecins spécialistes ainsi que le développement et l'évaluation des technologies médicales nouvelles.

1.1.1 Les objectifs du CHU :

L'objectif principal est la mise en place d'une offre de soins d'excellente qualité pour tous, aussi bien humainement qu'en matière médicale. Il offre donc un service de soin complet, de qualité et à la pointe du progrès tout en mettant le patient au centre.

Il met en place divers moyens afin de soutenir la recherche scientifique dans sa globalité mais assure aussi un enseignement de qualité dans toutes les spécialités médicales et les sciences de la vie. Le CHU peut donc être défini comme un hôpital, un centre de recherche mais aussi une entité d'enseignement à part entière.

1.1.2 La clinique en quelques chiffres :²

- L'hôpital se compose de
 - 946 lits agréés³
 - 937 justifiés⁴
- En termes d'actes scientifiques on dénombre :
 - 515 conférences et communications scientifiques
 - 200 articles scientifiques publiés
 - 180 études cliniques
- En termes d'enseignement :
 - 3800 heures d'enseignement dans les universités et hautes écoles
 - 173 cours enseignés

² L'ensemble des informations datent de 2015 et se retrouvent dans le PDF suivant mis à disposition par le CHU.
: http://www.uclmontgodinne.be/files/2016_chu_en_poche.pdf

³ Lits agréés : lits dont dispose l'hôpital mais n'ayant pas de financement.

⁴ Lits justifiés : lits dont l'hôpital dispose et étant sujet à un financement.

<http://www.cdh-wallonie.be/notre-action-au-pw/archives/interpellations/le-nombre-de-lits-dans-les-hopitaux-wallons-dans-le-cadre-de-la-reforme-de-2019etat>

- 70 médecins et pharmaciens hospitaliers chargés de cours
- En termes d'activités, le CHU assure :
 - 258.609 journées d'hospitalisation
 - 493.689 consultations
 - 22193 interventions chirurgicales
 - 4332 en termes d'effectif, premier employeur privé de la province de Namur.
- En termes financier:
 - Le chiffre d'affaire est de 388.540.531€
 - Les rémunérations et charges sociales s'élèvent à 192.565.855€
 - La formation du personnel représente 2.204.753€ ou 39320 heures

1.2 **Présentation du contexte**

1.2.1 Le contexte hospitalier en Belgique⁵ :

Les établissements hospitaliers se déclinent en plusieurs types :

- Hôpitaux généraux
- Hôpitaux universitaires
- Hôpitaux mono spécialisés
- Hôpitaux psychiatriques
- Maisons de soins psychiatriques
- Initiatives d'habitations protégées (santé mentale)
- Plateformes de soins palliatifs
- Plateformes de concertation en santé mentale
- Médiation hospitalière

La Direction des soins hospitaliers contrôle aussi les plateformes de concertation en santé mentale, les maisons de soins psychiatriques et les initiatives d'habitations protégées.

Ce qui nous intéresse ici est le fonctionnement et le financement des hôpitaux universitaires tels que le CHU.

⁵ L'ensemble des informations proviennent du site <http://sante.wallonie.be/?q=sante/soins-hospitaliers/legislation/hopitaux-universitaires>

Il est donc important de comprendre comment est formé un hôpital universitaire, les caractéristiques qui l'entourent ainsi que son fonctionnement.

- Formation ⁶:

Les hôpitaux universitaires relèvent de l'autorité de la Fédération Wallonie-Bruxelles (CFWB) en ce qui concerne les formations universitaires par l'hôpital ainsi que les normes hospitalières à respecter pour chaque hôpital. Ces normes hospitalières doivent être mises en place afin qu'un hôpital voie le jour et soit agréé, lui donnant le droit d'offrir des soins à la population.

Une fois que les normes sont respectées, la programmation des services de santé et donc l'offre de soins se définit en fonction des besoins de la population. C'est donc le nombre de personnes qui résident sur le territoire qui va délimiter le nombre de services, de lits, d'équipements ou de personnels qui sont nécessaires au bon fonctionnement de l'hôpital. Le lieu d'implantation optimal du nouvel hôpital doit ensuite être déterminé, en fonction de l'accessibilité de celui-ci pour la population, mais aussi des offres déjà présentes sur le marché.

- Fonctionnement :

Un seul hôpital universitaire peut être créé par une université disposant d'une faculté de médecine, et offrant un cursus complet (Crommelynck et al., 2013). L'activité de l'hôpital se divise en services, fonctions et sections

Il est important de comprendre le fonctionnement de l'hôpital afin de mieux appréhender son financement. Ce qui sera un point clé dans la création de notre projet.

Programmes de soins et hospitalisation de jour :

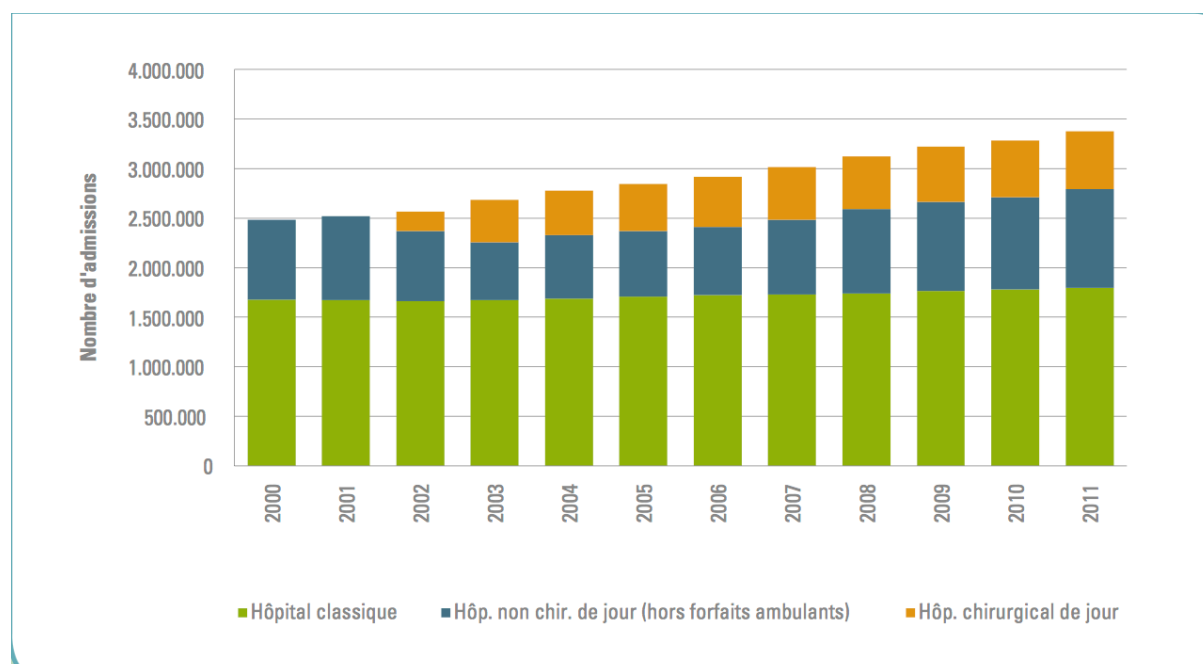
Les programmes de soins sont conçus afin de permettre l'implémentation « d'itinéraires cliniques ». Cet itinéraire sert à assurer pour le patient une parfaite cohérence entre les diverses étapes du processus de soins. Afin de pouvoir mettre en place un programme de soins donné et permettre le financement de celui-ci, l'hôpital doit demander un agrément.

L'hospitalisation de jour permet au patient d'être pris en charge pour un traitement qui nécessite une structure hospitalière mais lui permet de rentrer chez lui le jour même. Une différence est

⁶ Les informations proviennent du site "sante wallonie" au sein de la partie "dispositif"
<http://sante.wallonie.be/?q=sante/soins-hospitaliers/legislation/hopitaux-universitaires>

faite entre l'hospitalisation de jour chirurgicale et non chirurgicale. En effet, ces deux formes sont considérées comme des « fonctions hospitalières » et chacune de celles-ci touche à une utilisation différente de l'infrastructure hospitalière se traduisant par un mode de financement, de fonctionnement et d'organisation différent. La figure 1, ci-dessous, nous montre l'augmentation du nombre d'hospitalisations de jour entre 2000 et 2011.

Figure 1 : Nombre d'hospitalisations de jour entre 2000 et 2011



https://www.mc.be/binaries/mc-informations_253_fiche-info-hopitaux_tcm377-130594.pdf page 7 consulté le 15 novembre à 12h58

- L'agrément :

Les pouvoirs publics régulent et encadrent l'organisation des soins de santé. L'agrément fait partie intégrante de leurs pouvoirs (Les entités fédérées s'occupent, depuis l'accord gouvernemental de 2011, de définir les normes d'agrément. Les autorités communautaires ou régionales sont chargées de les délivrer). Pour qu'un hôpital soit agréé il se doit de remplir certaines conditions au niveau de la santé publique (hygiène, sécurité, qualité de soins...). Cet agrément doit être renouvelé périodiquement suivant une inspection et une évaluation permanentes par des inspecteurs des communautés ou des régions (L'annexe 1 donne un aperçu des normes de bases et des normes complémentaires).

- Le financement de l'hôpital :

Le financement des hôpitaux provient de quatre entités : l'autorité fédérale (SPF santé publique), les assurances soins de santé, le patient pour les moyens de fonctionnement et une partie des investissements dans l'infrastructure hospitalière et les communautés et régions pour les (l'autre partie des) charges d'investissement (Crommelynck et al, 2013).

La plupart des hôpitaux ont été construits dans les années 60-70 et subissent donc de nombreux projets de reconstruction et de rénovation ces dernières années. Le financement des constructions et travaux au sein des hôpitaux est subventionné à 40% par le fédéral et 60% par les régions (ou 90% fédéral et 10% régional quand les régions ne savent pas suivre la demande). De manière générale, chaque communauté fixe les règles de répartition des financements d'investissement.

Pour ce qui est du fonctionnement général de l'hôpital, l'autorité fédérale subventionne, par le « budget des moyens financiers (BFM) » à hauteur de 49%, l'hôpital. Il couvre le fonctionnement général de l'hôpital.

Les honoraires sont la deuxième source de financement facturés à la sécurité sociale et au patient. L'officine hospitalière (reprenant les médicaments, implants et autres dispositifs médicaux) représente la troisième grande source de financement représentant 14% des revenus des hôpitaux en moyenne. À tout cela se rajoute quelques sources moins importantes comme le supplément de chambre, matériels payés par le patient...etc.

Le budget versé par l'état fédéral est alloué de manière très complexe et se divise en 3 sections, elles-mêmes divisées en plusieurs sections et chacune d'entre elles à sa propre façon de définir son budget et sa manière de verser les subventions.

De manière simplifiée, les hôpitaux sont financés en fonction des journées justifiées. C'est la somme de toutes les journées durant lesquelles les patients ont séjourné à l'hôpital ramenée sur la durée moyenne d'un séjour en hôpital par patient pour une affection précise. Mais aussi en fonction des lits justifiés. C'est le nombre de lits utilisés à temps plein dans un hôpital.

On va donc diviser le nombre de journées justifiées pour un hôpital à l'année par 365 et par le taux d'occupation justifié. Donc, si un patient est hospitalisé pour une durée plus longue que la durée moyenne pour une affection donnée, les jours supplémentaires ne sont pas repris dans les subventions et sont à la charge de l'hôpital.

1.3 **Lien avec le projet**

Il est important de bien comprendre le fonctionnement de l'hôpital afin de pouvoir discuter des problématiques qui lui incombent lors de nos futures recherches. En effet, c'est ce fonctionnement même qui fait naître l'idée du projet et qui va façonner celui-ci durant toute l'étude de marché. Il n'est, par exemple, pas concevable de parler du financement de l'hôpital comme problématique sans en comprendre le fonctionnement.

En effet, notre projet naît de l'analyse de ce fonctionnement et du fait que certains patients ne se font pas hospitaliser à temps parce qu'ils ne savent pas où faire garder leur animal de compagnie (ou que les endroits ne conviennent pas à leurs attentes). Ces patients entrent donc à l'hôpital à un stade avancé de la maladie qui rend celle-ci plus difficile et plus longue à guérir. De ce fait le financement se fait en partie par les fonds propres de l'hôpital car la durée dépasse la durée moyenne belge et n'est donc pas subventionné dans sa totalité.

Nous partons donc du postulat qu'il est primordial de comprendre chacun des aspects amenant à une problématique traitée au sein de ce mémoire afin de maîtriser au mieux la suite du projet et minimiser les risques d'erreurs.

2. Définition du projet et de la problématique⁷ :

2.1 Identification du problème et question de recherche

L'objectif de ce mémoire-projet est double. D'un côté, il cherchera à mettre en exergue et analyser les facteurs influençant l'adoption d'un tout nouveau service en milieu hospitalier et plus précisément l'adoption d'un service animalier en milieu hospitalier. Dans un deuxième temps, il visera à définir si le projet est légitime et ce que l'hôpital doit mettre en œuvre afin d'atteindre le but escompté.

La partie mémoire et la partie projet ne se différencient que très peu dans cette partie théorique. Chacune d'entre elles permettra de mieux comprendre l'environnement qui entoure le projet et permettra la mise en place correcte de l'étude de marché, afin de définir aussi bien les variables qui impactent l'adoption d'un nouveau service que le fait que celui-ci soit légitime et la façon dont il doit se construire.

Ce mémoire porte donc sur « l'analyse des variables influençant l'adoption d'un tout nouveau service en milieu hospitalier » avec pour question « quelles sont les variables significatives impactant l'adoption d'un service animalier en milieu hospitalier ? »

Le mémoire va donc comporter plusieurs parties : définir comment récolter les données, récolter les données et analyser les données afin d'en retirer les variables explicatives.

2.2 Le centre d'accueil animalier en milieu hospitalier

L'idée première du projet serait de mettre en place un centre proche de l'hôpital permettant d'accueillir des animaux. Cette idée permettrait de faire émerger différents services tels que :

- Un service de visites animalières : permettant aux personnes hospitalisées de rencontrer leur propre animal de compagnie pendant un moment dans un espace prévu à cet effet.
- Un service de garde animalière : permettant aux personnes ne pouvant pas faire garder leur animal lors de leur hospitalisation de faire garder celui-ci tout en pouvant lui rendre visite.

⁷ Un projet charter définissant plus profondément le projet est consultable en annexe.

- Un service de thérapies et activités animalière : ce service est rendu possible grâce à l'espace qui serait prévu à cet effet. À proximité de l'hôpital mais en dehors de celui-ci, il permettrait de faire face aux normes belges concernant l'interdiction de la présence d'animaux en milieu hospitalier. Il consisterait à permettre aux personnes ayant besoin de soins de revalidation d'effectuer des exercices accompagnés d'animaux prévus à cet effet (Ex : Séances de marche assistées par un chien plutôt qu'une marche sur tapis). Il permettrait aussi le développement de séances de thérapies pour personnes souffrant de maladies touchant les capacités cognitives (ex : Démence, Alzheimer, ...).

3. L'étude de marché :

3.1 Contexte et recherches précédentes :

3.1.1 Contexte :

Dans le cadre de cette étude de marché, nous allons être amenés à étudier et comprendre les facteurs influençant l'adoption d'un nouveau service en milieu hospitalier.

L'intérêt de cette étude résulte dans la capacité à évaluer une nouvelle demande pouvant possiblement émerger sur le marché des soins de santé. En effet, les tendances en ce qui concerne les soins de santé montrent qu'il devient difficile de définir simplement ce qu'est un soin de santé en vue de la demande qui tend à se diversifier.

En effet, que ce soit par l'augmentation de l'utilisation d'internet comme lieu d'information et de recherche en ce qui concerne les méthodes de soins (Kummervold et al., 2008), par l'augmentation de l'utilisation de médecines complémentaires (Thomas et al., 2001) ou le besoin d'avoir non seulement un praticien compétent et capable d'adapter son comportement au patient (Wen et Tucker., 2015), on constate que le marché hospitalier semble atteindre un point de mutation en termes d'exigences de la part des patients concernant la qualité des soins. Il faut donc trouver une nouvelle manière de faire face à la modification de la demande. Les prestataires de services de soins de santé comme les hôpitaux peuvent être des lieux de recherche très utiles pour comprendre comment les individus mettent en place un raisonnement les amenant à choisir et juger un tout nouveau service en milieu hospitalier, dont ils ont besoin mais pas forcément envie. (Berry et Bendapudi, 2007).

Cette tendance à l'amélioration des soins pourrait se marier à merveille avec l'idée d'un service d'accueil et de soins animaliers. En effet, l'animal prend une place de plus en plus importante dans nos vies (Durant, 2007). Près de 50% des personnes âgées possèdent un animal de compagnie et deux tiers des foyers en possèdent un aussi (E. Cherniack et R. Cherniack 2014). De ce constat nous est donc venu l'idée de créer un service animalier en milieu hospitalier.

Si quelques études traitent de l'impact de l'animal sur la santé humaine ou de l'amélioration que l'animal peut apporter en termes de qualité de soins, aucune ne touche cependant à l'offre

proposée au sein de ce projet : « un service de prise en charge d'animaux au sein du milieu hospitalier ».

3.1.2 État de l'art :

Très peu d'études touchent aux services d'accueils animalier en milieu hospitalier. En effet, l'accueil animalier en hôpital étant quelque chose de nouveau sur le marché des soins, il existe très peu de littérature disponible à ce sujet. De plus, la législation belge interdit (sauf cas spécifiques) la présence d'animaux dans ce type d'environnement⁸.

Les études disponibles portent essentiellement sur le lien « Humain/Animal » ou sur l'impact des animaux sur la santé humaine (essentiellement les « Animal-assisted therapy/Activity » voir point 1.2.3).

Il est donc important de mettre en avant deux facteurs principaux qui émanent de l'ensemble des recherches précédentes et qui seront utiles dans cette étude de marché. Le premier porte sur le comportement du consommateur et plus précisément sur « l'adoption de nouveau service en milieu hospitalier » et le second se focalise sur l'impact relationnel entre l'animal et son « maître », afin de légitimer le service proposé. Ces deux facteurs nous permettront de définir notre question de recherche au sein de l'étude mais aussi l'ensemble des sous-questions pertinentes.

Cette partie a donc trois buts distincts :

- Définir et analyser comment un tout nouveau service est adopté,
- Qu'est-ce qui différencie l'adoption de nouveaux services en milieu hospitalier de l'adoption de service plus « généraux »
- Définir si un lien possible existe entre « santé » et « animaux ».

3.1.1.1. L'adoption d'un nouveau service :

Nous allons tout d'abord définir ce qui amène un individu à adopter un nouveau service en termes d'attentes, de motivation et d'objectifs, et cela pour l'ensemble des services. Nous

⁸ Avis du 18 octobre 2004 du Conseil supérieur d'Hygiène sur l'accès de chiens d'assistance en hôpital.

adaptons ensuite ceux-ci aux services en milieu hospitalier afin de définir ce qui différencie les services généraux des services hospitaliers et mettre en lumière les spécificités.

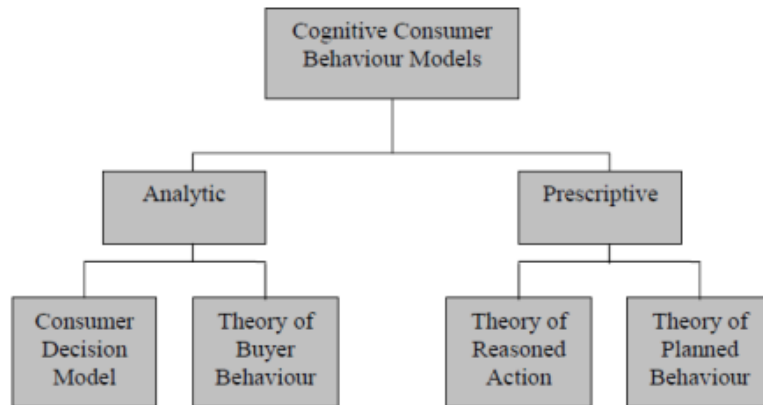
Dans cette section, nous allons d'abord définir quels sont les types d'approche en termes d'étude de comportement, définir sur quel type d'étude nous allons nous concentrer et pourquoi. Nous allons brièvement définir quatre approches différentes concernant l'analyse du comportement du consommateur : « L'Economic man, Psychodynamic, Behaviourist et Cognitive » (Jeff Bray, 2009).

- Economic Man : cette analyse définit le consommateur comme un individu au courant de l'ensemble des options possibles et capable de mesurer chacune d'entre-elles afin de choisir la meilleure (Schiffman & Kanuk, 2007 dans Jeff Bray, 2009). Cependant cette vision ne semble que très peu réaliste car il est fort peu probable qu'un consommateur ait le temps et les ressources nécessaires afin d'utiliser une telle méthode.
- Psychodynamic : Cette approche se base sur le fait que le comportement est influencé par des forces instinctives ou pulsions qui agissent en dehors de la pensée consciente (Arnold Roberstson et al, 1991 dans Jeff Bray, 2009). Le comportement serait donc défini par des pulsions biologiques plutôt que par une action cognitive ou des stimuli environnementaux.
- Behaviourist : Contrairement à l'approche psychodynamique, l'approche behaviourist affirme que le comportement est issu d'évènements extérieurs à l'individu. Comme le montrent les expériences de Skinner (1938), l'individu adopterait un comportement seulement via des stimuli extérieurs.
- Cognitive : Le comportement serait défini par une cognition interne. Les stimuli externes influencent aussi l'individu mais arrivent comme des informations qui sont traitées par celui-ci (Stewart, 1994 dans Jeff Bray, 2009). Il va donc construire un processus complexe de réflexion interne basé sur la perception, l'apprentissage, la mémoire, la pensée, l'émotion et la motivation (Sternberg, 1996 dans Jeff Bray, 2009). Cette approche a la capacité d'expliquer des comportements plus complexes que les précédents modèles.

Ce dernier modèle se décompose en deux approches différentes : « analytic model », qui définit l'ensemble des facteurs influençant les relations générales entre les variables définissant la prise de décision et « prescriptive model », qui apporte les lignes directrices et le cadre d'organisation au sein duquel le comportement du consommateur est structuré (Moital 2007

dans Jeff Bray, 2009) (voir figure 1.1 ci-dessous). Ce modèle sera conservé pour la suite de l'étude, afin d'analyser de manière précise le comportement du consommateur.

Figure 1.1



(Source: Adapted from (Fawcett ANDDowns 1992, Moital 2007))

3.1.1.2. L'approche cognitive prescriptive :

Il est donc important de définir comment un individu en général construit son raisonnement afin de prendre une décision. L'approche cognitive prescriptive nous dit qu'un individu va comparer les gains et les coûts qui ressortent d'une action ou d'un comportement donné. Si les gains sont supérieurs aux coûts engendrés, alors l'individu devrait réaliser le comportement amenant à ce gain.

On peut définir le gain obtenu d'après l'équation de Fishbein (Ajzen and Fishbein, 1975) :

$$\sum_{i=1}^n SPiUi^9$$

Ce modèle étant extrêmement réducteur, « The theory of reasoned action » (Fishbein & Ajzen 1975, Ajzen & Fishbein, 2005) et « the theory of Planned Behavior » (Ajzen 1991, Ajzen & Fisbein, 1980, 2005) vont venir améliorer le modèle de base, permettant de définir le cheminement que tout individu met en place afin de définir et adopter un comportement. Ils sont utilisés pour définir et prédire le comportement du consommateur. Ces modèles peuvent

⁹ SP est la probabilité que choisir ce comportement amène à un gain « i », U est la valeur subjective de l'utilité perçue ou de la valeur du gain « i » et « n » est le nombre de gain possible.

donc s'adapter et s'étendre à différents sujets et donc nous permettre de comprendre, en partie, comment un individu choisit et adopte un service.

3.1.1.2.1. Theory of reasoned action (Fishbein & Ajzen, 1975 et Ajzen & Fishbein 2005):

Il est, dans un premier temps, difficile de définir ce qu'est un comportement. Le Larousse le définit comme : « Manière d'être, d'agir ou de réagir des êtres humains, d'un groupe ou d'animaux. C'est une attitude, une conduite ». Cette définition reste assez limitée et n'explique pas de manière précise ce qu'est le comportement et ce qui le forme. Les écrits d'Ajzen et Fishbein sur la « Theory of reasoned action » poussent la réflexion bien plus loin, en nous offrant un modèle décrivant ce qui constitue le comportement (Southey, 2011)

Le modèle fonctionne comme suit : le comportement est défini par l'intention¹⁰ qui est elle-même définie par 2 variables (attitude¹¹ et normes subjectives¹²), qui sont, toutes les deux définies par d'autres variables : l'attitude, définie par les croyances et l'évaluation et les normes subjectives, définies par les croyances normatives et la motivation à se conformer (voir annexe 2).

On peut donc dire que l'attitude¹³ que l'on adopte envers un sujet donné (Ex : attitude adoptée envers l'Église) définit un comportement spécifique (la probabilité d'être présent à l'église le dimanche). Cependant, certains chercheurs ont montré auparavant que le lien entre attitude et comportement était fragile (Corey., 1937 ; Vroom., 1964 dans Nisson et Earl, 2015). Ajzen pallie ce lien en mesurant l'attitude passée à travers un sujet donné (ex : l'attitude adoptée en ce qui concerne la participation à la messe) permettra alors de définir le comportement (participer à la messe prochaine) (Nisson et Earl, 2015). On aurait donc deux façons de lier le comportement à l'attitude : via les antécédents et via l'attitude à travers un sujet donné.

¹⁰ Intention : se définit comme ce qu'un individu souhaite faire ou non. C'est donc l'intensité à adopter un comportement donné en fonction des variables citées ci-dessus (Trafimow., 2009).

¹¹ Attitude (toward behavior) : se définit comme l'ensemble des croyances/espérances et évaluations amenant à adopter et atteindre un comportement voulu et ce que ce comportement apporte à l'individu (outcome) (Conner & Armitage., 1998).

¹² Normes subjectives : se définissent comme la croyance d'un individu en ce que les autres pensent qu'il devrait faire ou non. C'est donc la pression sociale qui entoure l'individu impactant la capacité à adopter un comportement (Conner & Armitage, 1998)

S'il est maintenant assez logique que l'attitude permet de définir l'intention et le comportement final, l'intention va être altérée par les normes subjectives¹⁴. C'est-à-dire : comment les autres personnes vont considérer une action donnée et donc le comportement. En effet, l'intention va être définie par des normes subjectives qui se définissent par « L'évaluation de l'individu en ce qui concerne ce que les autres pensent que celui-ci devrait faire » (Ajzen & Fishbein 1975 dans Trafimow, 2009). Donc, si un comportement ne semble pas être conforme aux normes sociales l'individu en tiendra compte afin de définir l'intention à adopter un comportement.

Il est donc important de comprendre ce qui forme l'attitude d'un individu ainsi que les normes subjectives autour desquelles va se former le comportement donné. Il est possible de mesurer si un comportement est dit « normatif » ou « attitudinal » en fonction de l'importance forte ou non des variables citées ci-dessus (David Trafimow, 2009). Comprendre ces variables ainsi que leur poids est, dès lors, primordial afin de comprendre l'individu et d'anticiper ou influencer quel bien/service celui-ci serait enclin à adopter.

3.1.1.2.2. Theory of planned behavior (Ajzen, 1991):

Le modèle de base est modifié afin d'intégrer une nouvelle variable appelée « perceived behavioral control¹⁵ » (Ajzen., 1988 dans Trafimow., 2009). Cela peut se définir comme l'efficacité de l'individu à définir et adopter son comportement et donc la facilité ou la difficulté avec laquelle l'individu va devoir définir et mettre en œuvre son comportement. Cette nouvelle variable peut être impactée par d'autres variables telles que l'argent, le temps et le support social mais aussi les capacités propres de l'individu et les connaissances qu'il possède (Nisson et Earl, 2015).

Par exemple, si un individu veut manger sainement, il devra pour cette variable penser au temps que cela prend de cuisiner plutôt que d'aller au fast-food, le coût que cela engendre, l'accès qu'il peut avoir, les connaissances qu'il possède en termes de « cuisine » en général ou encore les tentations extérieures à s'éloigner de ce mode de vie...etc.

Cela pourrait aussi bien influencer l'intention que le comportement. En effet, l'intention peut être réduite dû à l'obstacle qu'amène cette nouvelle variable. Cependant, même si l'intention

¹⁵ Perceived behaviorale control : se définit comme la capacité d'un individu à contrôler son comportement (« X est sous mon contrôle », « X est facile à adopter pour moi ». C'est donc la capacité d'un individu à savoir s'il peut ou non adopter un comportement. (Christina Nisson, Allison Earl, 2015).

reste très élevée, cela peut impacter le comportement tant les obstacles à sa réalisation peuvent être nombreux. (Voir annexe 3)

3.1.1.2.3. Reasoned action approach (Fishbein & Ajzen, 2010) and Integrated Behavioral Model

Ces modèles sont les derniers modèles amenés par Ajzen et Fishbein afin d'expliquer comment l'individu se comporte et quel est le cheminement vers ce comportement. Ils sont un développement plus poussé des deux précédents modèles.

Ces modèles reprennent les bases des deux précédents modèles en y rajoutant quelques autres variables. La première est « actual control » que l'on peut définir comme les capacités, compétences et facteurs environnementaux qui influencent une capacité donnée. Cette variable va donc impacter le « Perceived behavioral control » ainsi que le comportement directement (Nisson et Earl., 2015). Le background est aussi ajouté au modèle afin d'améliorer celui-ci. Il est composé d'un ensemble de facteurs propres à l'individu tels que : la prédisposition (personnalité, émotions, intelligence...), la démographie (âge, sexe, ethnie, éducation, revenu, religion...) et l'information (expérience, savoir, exposition à divers médias...). Ce background va conditionner l'ensemble du processus. Il est donc important de bien comprendre ce qui forme l'individu en lui-même et donc ce qu'il est. Des pistes de recherches ainsi que des modèles sociologiques déjà validés, qui ne font pas l'objet de ce mémoire, peuvent être consultés afin de comprendre au mieux ce qui forme le « moi » (Introduction à la sociologie par sept grands auteurs, Nathalie Rigaux., 2015).

Ce modèle amènera ensuite au « Predicting and changing behavior model » qui permet à l'individu de changer son comportement volontairement ou non, soit par des mécanismes mis en place par des personnes extérieures ou par des aspects internes à l'individu (culpabilité, réflexion profonde...etc).

Nous pouvons donc conclure que les modèles définis ci-dessus permettront de répondre à la question : « Comment un individu va décider d'adopter un nouveau service ». En effet, comprendre chacune des variables qui composent le comportement nous permettra de définir nos sous questions de recherche ainsi que les bons thèmes et questions à adopter au sein de notre guide d'entretien.

3.1.1.3. L'approche Cognitive Analytique : Consumer Decision Model

Il fournit un modèle sophistiqué reprenant les différentes influences sociales, psychologiques et marketing impactant le choix du consommateur dans une séquence cohérente de traitement de l'information (Foxall 1990 dans Bray, 2009).

Ce modèle décisionnel est structuré autour d'un processus de décision en sept points : besoin de reconnaissance, recherche d'information interne et externe, évaluation des alternatives, achat, réflexion après achat et désinvestissement. Ces décisions sont influencées par deux facteurs principaux. Premièrement, les stimuli sont reçus et traités par le consommateur en parallèle avec ses souvenirs et expériences antérieurs. Deuxièmement, par des variables externes sous la formes d'influences environnementales (Ex : culture, classe sociale, influence personnelles, famille, situation...etc.) ou différences individuelles (Ressources, motivation, intérêt, savoir, attitudes, personnalité, valeurs et niveau de vie) (Bray, 2009). (Voir annexe 5).

L'étape première du processus est la reconnaissance d'un besoin et donc d'une situation initiale qui n'est plus satisfaisante, amenant à un écart entre celle-ci et une autre situation plus désirable. Ce besoin se construit par une interaction entre des stimuli internes, environnementaux et par des variables individuelles. Une fois ce besoin reconnu par l'individu, le consommateur commence à rechercher des informations : de manière interne (à travers sa mémoire) et de manière externe (à travers différents moyens d'information, exemple : Internet). La troisième étape est l'évaluation d'alternatives (étant influencées par des variables environnementales et individuelles). La quatrième étape est l'achat. Une fois l'intention d'achat établie et la meilleure alternative choisie alors le consommateur va acheter un bien/service pour ensuite consommer celui-ci. Vient ensuite le moment de l'évaluation après consommation, amenant à un état de satisfaction (pouvant impacter directement l'étape 3 : évaluation des alternatives) ou de non satisfaction. La dernière étape est le désinvestissement, c'est la fin du besoin lorsque celui-ci a été totalement comblé (Bray, 2009).

- Reconnaissance du besoin : cette étape est définie comme étant la plus importante de l'ensemble du processus. En effet, si l'individu n'a pas conscience de son besoin, il n'aura pas besoin de faire un choix afin de répondre à celui-ci (Angel & al., 1995 dans Blackwell et al., 2006). Une définition est faite par Angel : « La perception d'une différence entre un état désiré et une situation initiale suffisant à susciter et activer le processus de décision ». Il est important de remarquer que ce n'est pas parce que il y a

création d'un état de besoin que celui-ci sera assouvi immédiatement¹⁶ (voir annexe 6). De plus, des facteurs influencent l'activation du processus suite à la reconnaissance du besoin : le besoin doit être significatif (assez important) et être possiblement atteignable par le consommateur.

- Influences environnementales : les consommateurs sont influencés par l'environnement dans lequel ils vivent et opèrent. Les influences majeures sont la culture, la classe sociale, les influences personnelles, la famille et la situation (Engel et al., 1995 dans Blackwell et al., 2006).
- Différences individuelles : l'influence individuelle est le fait qu'aucun individu n'est fait de la même manière. Chaque personne sera influencée par ses ressources (économiques, temporelles et cognitives), sa motivation et son intérêt (elle naît lorsqu'un individu active le processus de choix en vue d'atteindre un but donné), son savoir (défini par Engel comme l'information gardée en mémoire) et ses attitudes (voir point 1.2.1.).

Ce modèle pourrait sembler relativement rationaliste, ne prenant pas en compte le côté « émotion » qui peut amener un individu à sortir de ce cadre rationnel (ex : achat compulsif, situation spécifiques...). Cependant, cette variable émotionnelle est représentée dans le modèle par les « influences environnementale » ainsi que par les différences individuelles. Les variables « Personal influence, situation, family, culture, social class » ou encore « Attitudes, knowledge, personality, values, lifestyle et motivation/involvement » (voir annexe 5) peuvent facilement expliquer les phases non rationnelles lors du processus de choix d'un consommateur.

Premièrement, ce modèle permettra de comprendre comment un patient se tourne vers un service donné. En effet, comprendre le processus décisionnel d'un individu permettra de mieux cerner les variables qui pourrait définir comment un individu choisi de se tourner vers un service plutôt qu'un autre.

Deuxièmement, il définira nos sous questions de recherches et permettra de rendre pertinent notre guide d'entretien.

¹⁶ Ex : Quelqu'un ayant faim (situation initiale) voudrait manger (reconnaissance du besoin) pour satisfaire son appétit (situation désiré). Cependant il veut absolument manger un Steak au restaurant qui est à 5km de son habitation. Il va donc décider d'attendre de quitter la maison pour aller au restaurant plutôt que de manger chez lui ou dans un snack a quelques mètres de là.

3.1.2. L'adoption d'un nouveau service en milieu hospitalier :

On a tendance à ne faire qu'une différence entre le marché des biens et le marché des services. Cependant, il est forcé de constater qu'on oublie que les services peuvent différer entre eux au sein même du marché des services (Berry et Parasuraman 1993). Il est donc important de différencier les services en général et les services en milieu hospitalier et de mettre en exergue les différences et les similitudes qui ressortent de ces deux catégories de services.

« Les services de soins de santé sont un des rares services proposés dont les gens ont besoin mais ne veulent pas forcément » (Berry and Bendapudi., 2007). Contrairement aux services en général, la demande ne fait pas augmenter l'offre mais l'offre fait augmenter la demande. Dans le cadre d'un service où la demande n'est pas définie par la volonté de l'individu (on ne demande pas à être hospitalisé, on en a besoin), c'est l'offre qui va définir ce pourquoi un patient choisit un hôpital plutôt qu'un autre.

3.1.2.1. Similitude entre les services en milieu hospitalier et les autres services :

Les services en milieu hospitalier partagent certaines similitudes avec les services en général. Premièrement, ceux-ci sont intangibles dans ce sens où un individu paye une prestation, une opération ou un soin sans réellement obtenir un bien tangible. On a alors des services de biens tangibles qui soutiennent des services intangibles (le bloc opératoire, les équipements, ...).

Comme tout service, les soins sont périssables. Les hôpitaux créent de la valeur grâce au temps et à l'expertise du personnel, à l'équipement et à l'espace physique où les soins sont donnés. Si ces ressources ne sont pas utilisées, elles sont perdues à jamais (Berry and Bendapudi ; 2007). En effet, si on considère que lorsqu'un patient prend un rendez-vous à une heure donnée mais qu'il ne se présente pas, alors le gain que nous apporte ce patient est perdu à tout jamais et ne pourra être récupéré. On retrouve cette caractéristique dans de nombreux autres services dans des domaines bien différents (si un restaurant voit son queuing mal optimisé, cela peut amener à un temps d'attente trop long pour le client qui préfère alors aller autre part, si un substitut existe. Dès lors, ce client est perdu à jamais et le gain qu'il pourrait apporter à l'entreprise s'évapore avec lui).

L'asymétrie d'information est une autre caractéristique présente dans les services de soin. Quand un client va chez un garagiste pour réparer sa voiture, il ne sait pas si la réparation a été

faite correctement. Il y a donc un désavantage pour le client en termes de connaissance ne lui permettant parfois pas de juger de la qualité des réparations même après que celles-ci aient été mises en place. Par le même principe, il est difficile de juger la qualité des soins à cause du manque de connaissance de la plupart des patients. On parle donc de qualité perçue, ce qui est totalement différent de la qualité réelle et il est important de le faire remarquer pour la suite de l'étude.

De ce fait, les patients vont juger la qualité du service après l'opération (encore souffrant/plus souffrant) et jugeront plus facilement la qualité du service rendu en donnant une importance capitale au comportement et la manière dont la personne procure les soins, en évaluant donc ceux-ci plutôt que la qualité du soin tel qu'il est. Il semble donc important que le praticien ne soit pas simplement compétent en termes de capacité à prodiguer un soin mais qu'il soit capable d'adopter un comportement adéquat (Bendapudi et al. 2006) (Ce qui amène donc à comprendre les points déclinés en 1.2.1 afin de comprendre quel comportement adopter en fonction de ce qu'attend l'individu).

Une lettre, lors de l'étude mise en place par « Berry et Bendapudi » à « mayo clinic », nous résume ce que souhaitent dans un premier temps les patients :

« We want doctors who can empathize and understand our needs as a whole person. We put doctors on a pedestal right next to God, yet we don't want them to act superior, belittle us, or intimidate us. We want to feel that our doctors have incredible knowledge in their field. But every doctor needs to know how to apply their knowledge with wisdom and relate to us as plain folks who are capable of understanding our disease and treatment. It's probably difficult for doctors after many years and thousands of patients to stay optimistic, be realistic, and encourage us. We would like to think that we're not just a tumor, not just a breast, not just a victim. Surely, if they knew us, they would love us. »

Traduction : « Nous voulons des docteurs qui ont de l'empathie et qui comprennent nos besoins en tant que personnes. Nous mettons les médecins sur un piédestal juste à côté des dieux, mais nous ne voulons pas qu'ils agissent comme s'ils étaient supérieurs, nous rabaissant et nous intimidant. Nous voulons sentir que notre médecin a un savoir important tout en appliquant celui-ci avec sagesse, tout en nous donnant les capacités de comprendre nos maux et traitements. C'est probablement difficile pour les médecins, après tant d'années et tant de patients, de rester optimistes, réalistes et encourageants envers chaque patient. Nous aimerions

ne pas être simplement une tumeur, un flanc ou une victime. S'ils apprenaient à nous connaître, ils nous aimeraient. »

3.1.2.2. Dissimilarités entre les services en milieu hospitalier et les autres services :

Bien qu'il soit important de comprendre les similarités qui existent entre les services proposés en milieu hospitalier et les services plus généraux, il est encore plus important de comprendre leurs différences. Nous allons discuter de celles qui semblent les plus importantes ci-dessous.

Les patients devant avoir recours à des soins de santé sont souvent malades, en souffrance, incertains quant à ce qui va arriver et effrayés. Les conditions dans lesquelles les personnes souscrivent au service les amènent à être plus émotionnellement attentives, plus sensibles ou dépendantes que si elles souscrivaient à un service différent dans d'autres conditions. Cette situation va impacter les patients et leur capacité à faire des choix. Il est constaté que les personnes ayant une augmentation de stress suite à une maladie subissent une augmentation de l'anxiété et, dès lors, auront tendance à faire des choix moins risqués. Les personnes tristes, quant à elles, semblent adopter des choix plus risqués (Raghunathan et al., 2006 dans Berry and Bendapudi 2007).

Contrairement à d'autres services, les soins de santé amènent le patient à vivre dans l'hôpital en plus d'y être soigné. On a donc un service dans un service, celui-ci amenant un stress parfois plus important que lorsque l'individu entre en hôpital. En effet, l'hôpital ressemble, dès lors, plus à une prison qu'un hôtel étant donné que les individus sont soumis à des règles et normes données les limitant dans leurs déplacements (peu de contact avec l'extérieur et la nature, peu de vie privée, bruits intempestifs, ...) (Berry et al., 2004 dans Berry et Bendapudi 2007).

Ce type de service diffère également des autres par l'approche que les futurs patients ont de celui-ci. En effet, les études touchent énormément aux services adoptés de manière volontaire par l'individu mais ne couvrent que très rarement ce qu'attendent les gens des services dont ils ne veulent pas. Le fait de ne pas vouloir d'un service, et plus précisément d'un service de soins de santé amène à une certaine réticence, pouvant amener à une non transmission des bonnes informations au médecin. Les patients ne répondront pas forcément aux questions du praticien avec honnêteté ou encore ne prendront pas forcément correctement le traitement prescrit. Cela aura dès lors un impact évident sur la qualité perçue du soin donné. (Bendapudi et Leone 2003 dans Berry and Bendapudi 2007)

Cette asymétrie d'information amenée par la non transmission des bonnes informations amène

à la notion de vie privée¹⁷ qui est chose complexe. En effet, cela reste très subjectif en fonction de l'individu et de comment il définit quelle information est privée ou non. Cependant, on peut la définir comme différents volets d'informations de la vie d'un individu touchant aussi bien à la protection du domicile, la protection de l'image, de l'intimité et le respect du choix de vie. Tant définir ce qu'est le privé est difficile, il est difficile pour une personne de s'ouvrir sur ce qu'elle définit elle-même comme privé. Ceci amène à un problème majeur en termes de services de soin. Pour comprendre la provenance d'un mal, le praticien devra être amené à poser des questions qui peuvent toucher à la sphère privée de l'individu et contrairement à tout autre service, l'impact de la sincérité et de propension à divulguer des informations personnelles touchera directement la qualité du soin prescrit ainsi que la probabilité de guérison du malade. Le risque est une partie importante de ce qui va impacter la perception de la qualité pour le patient. En effet, les hôpitaux offrent un service où les risques sont extrêmement importants contrairement aux services habituels. On retire deux grands risques en hôpitaux pouvant entraîner une maladie plus grave ou la mort :

- Les maladies infectieuses transmises durant le séjour en hôpital : le fait d'être dans un endroit où les maladies circulent amène les patients à parfois ressortir encore plus malade que lorsqu'ils rentrent dans le service. Heureusement, de nombreuses possibilités permettent de réduire ce risque : chambre individuelle permettant de ne pas être infecté par les germes d'une autre personne, l'hygiène irréprochable de l'hôpital lui-même, l'hygiène des praticiens ou encore le fait d'adopter des bonnes méthodes de fonctionnement comme relever la tête des patients étant sous assistance respiratoire afin qu'il n'attrape pas de pneumonie.... (Berry et al. 2004 dans Berry et Bendapudi 2007)
- Les erreurs de traitements : il est décrit par les Drs. Robert Wachter et Kaveh Shojania (2004) que sur 159 praticiens, seulement 1/3 ont réussi à lire correctement une ordonnance. Ce qui amène au problème de mauvais traitements pouvant entraîner bien des complications. Heureusement, on voit doucement émerger des solutions permettant de pallier certains de ces problèmes telles que les prescriptions par ordinateur ou par bar-coding. Mais comme dit précédemment, les erreurs de compréhension et de diagnostic dus au médecin ou au patient ne transmettant pas les bonnes informations amènent alors à un mauvais traitement et à une qualité de soins médiocre. (Woolf et al., 2004 dans Berry and Bendapudi 2007).

¹⁷ <https://www.cairn.info/revue-empan-2015-4-page-168.htm>

La dernière différence que nous allons mettre en exergue est la pénibilité en termes de stress et de fatigue qu'amène ce genre de service pour les praticiens et qui impactera de manière drastique la qualité de soin perçue. En effet, les personnes travaillant en milieu hospitalier sont soumises à un stress constant dû à la rencontre de cas très difficiles à gérer en ce qui concerne les émotions (Berry et Bendapudi, 2007). Rencontrer une personne en fin de vie ou qui souffre d'une pathologie délicate peut être difficile à gérer pour l'ensemble des personnes qui seront amenées à rencontrer ou à fournir un service à cette personne. Le stress touche aussi toutes les personnes qui s'occupent de l'ensemble du processus de soin, le médecin qui annonce les résultats, les analystes qui décryptent les données d'une prise de sang, le chirurgien qui se doit de réussir son opération...etc.

Ce stress ainsi que la vie en hôpital amènent quant à eux une fatigue importante pour l'ensemble des praticiens. Effectivement, certains médecins ont plus de 12 heures de travail sans pause sous des conditions décrites au paragraphe précédent, les amenant parfois à être dans des états de fatigue importants. Cette fatigue ne doit cependant pas impacter leur capacité à prescrire ou donner des soins. Il serait inconcevable qu'un chirurgien s'occupant d'une opération du foie commette une erreur à cause de cette fatigue. Cependant, celle-ci peut impacter l'humeur, la manière de prodiguer le service, ...etc. (Berry et Bendapudi 2007).

Les points sur les similarités (3.1.2.1) et dissimilarités (3.1.2.2) nous permettent de mettre en avant certains facteurs pouvant être importants pour la suite de notre étude. En effet, le fait que nous soyons avec un service intangible, périssable et avec une asymétrie d'information amène à une perception de la qualité différente de ce qu'elle est réellement. Cette qualité perçue peut aussi être impactée par des variables que l'on ne retrouve pas dans d'autres services. L'adoption de celui-ci dans un contexte émotionnel fort, le fait que ce soit un service non-voulu ainsi que les risques encourus lors de l'entrée en hôpital peuvent eux aussi avoir un impact important sur la qualité perçue et sur la motivation. Il était donc important de comprendre au mieux ce qui entourait les services en milieu hospitalier et ce qui pourrait impacter l'adoption de ceux-ci afin de construire au mieux notre guide d'entretien qui apparaîtra dans les sections suivantes.

3.1.3. Théorie de la motivation et des attentes :

Nous avons défini aux points précédents le schéma général qui met en avant les étapes permettant à un individu d'adopter un comportement (annexe 4). Ce qui amène une personne à adopter un comportement est défini de manière générale par l'intention. Celle-ci est fonction de l'attitude qui, comme définie par Mark Conner et Christopher J. Armitage, est en partie une mesure du bénéfice¹⁸ que l'individu pense recevoir suite à l'adoption de ce bénéfice. On comprend donc « comment » un individu va adopter un comportement. Il serait donc tout à fait légitime de comprendre « pourquoi ». Ajzen et Fishbein répondent partiellement à cette question. Les sections portant sur les différences et similarités entre les services en milieu hospitalier et les autres services nous amènent à mieux comprendre ce qui pourrait impacter la motivation d'un individu et nous apportent donc quelques pistes de réflexion importantes. Cependant, elles ne nous permettent pas de définir de manière rigoureuse ce qu'est la motivation et comment celle-ci peut être construite. Afin de pallier ce manque d'information, nous allons étudier ce qui motive l'individu à adopter un comportement.

Pour cela, il faut donc comprendre ce qu'est la motivation de manière générale. La définition¹⁹ la plus primaire est « la ou les raisons d'agir ou se comporter d'une manière donnée ». Il semblerait donc que la motivation soit une raison de « pourquoi » nous adoptons un comportement.

3.1.3.1. Qu'est-ce que la motivation ?

Les théories de la motivation sont nombreuses et tendent toutes à expliquer au mieux ce qui motive un individu. La taxinomie reprend 3 grands courants théoriques : les théories des besoins, les théories classiques de la motivation intrinsèque et les théories de la justice organisationnelle et de l'équité. Elles tentent toutes d'identifier le besoin, les valeurs et les mobiles qui sont à l'origine du comportement. Il est important de rappeler que nous analysons dans ce cas-ci la motivation d'un individu souscrivant/achetant pour lui-même et non un contexte dans lequel l'individu achète pour la société dans laquelle il travaille ou dans une

¹⁸ Il est entendu ici un bénéfice en terme général, qui dépend donc du contexte. Celui-ci n'est pas que pécuniaire et peut être défini comme : “un avantage ou un gain pour quelque chose” – Oxford dictionary <https://en.oxforddictionaries.com/definition/benefit>

¹⁹ « A reason or reasons for acting or behaving in a particular way.” – Oxford dictionary - <https://en.oxforddictionaries.com/definition/motivation>

logique de B-2-B (business to business). Ces deux autres situations peuvent donc différer des théories et analyses qui vont suivre. De plus, il arrive souvent que certaines motivations ne soient pas directement comprises et sont parfois même cachées par l'individu. En effet, un étudiant ira à l'université à cause de la pression de ses parents et non pas parce qu'il espère en tirer un meilleur travail. Dès lors, savoir la réelle motivation de quelqu'un peut devenir très complexe (Wright, 2006). Nous allons donc essayer de décrire au mieux ce qu'est la motivation ainsi que les modèles qui sont les plus sujets à être utiles lors de cette étude.

« Le concept de motivation représente le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement ». (Vallerand et Thill dans Patrice ROUSSEL, 2000).

- La théorie de Vroom :

Ce qui nous intéresse sont les théories du choix cognitif. Celles-ci cherchent à définir comment le mécanisme de la motivation fonctionne et quels sont les processus mis en place afin de définir pourquoi nous adoptons un comportement. Plus précisément nous allons nous axer sur la théorie des attentes : VIE (Valence-instrumentalité-Expectation de Vroom) (Patrice ROUSSEL., 2000). Celle-ci définit la motivation des individus et plus précisément ce qui fonde celle-ci.

La motivation est donc la résultante de trois perceptions distinctes : L'attente (expectation), l'instrumentalité et la valence (Wendelien Van Eerde et Henk Thierry., 1996).

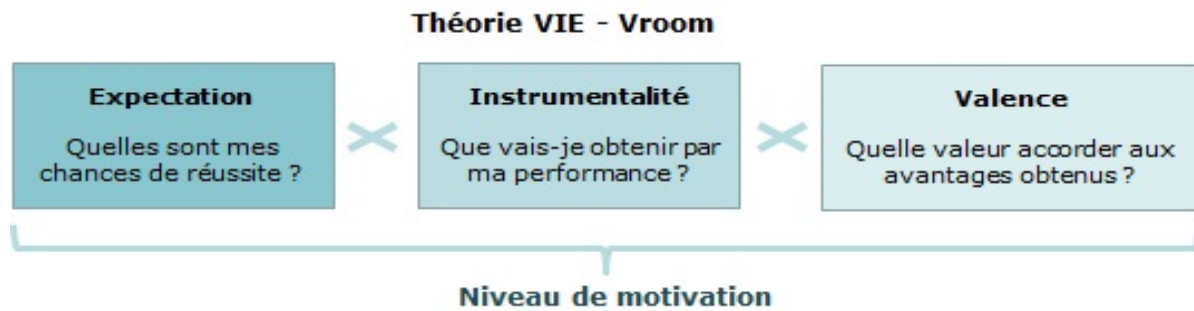
La valence (V) : Vroom (1964) définit celle-ci comme étant l'importance, l'attraction, la désirabilité, ou la satisfaction attendue vis-à-vis d'un bénéfice possible.

L'instrumentalité (I) : Vroom (1964) définit celle-ci comme étant la probabilité que les efforts mis en place permettent d'atteindre le comportement voulu ou l'objectif donné. C'est donc la probabilité d'obtenir un bénéfice/avantage.

L'attente (E) : Vroom (1964) définit celle-ci comme l'intensité du lien perçu entre le comportement ou l'effort et la performance visée (Voir figure 1.2 ci-dessous).

La motivation (M) est donc un simple produit de ces trois termes : $M = V * I * E$

Figure 1.2



20

Donc si un individu suppose que ses performances peuvent amener des conséquences positives (instrumentalité), s'il juge que ses efforts peuvent l'amener à cette performance (expectation) et s'il est attiré par ses conséquences (valence), alors il disposera d'une motivation élevée à adopter un comportement. Ce schéma peut s'adapter dès lors à de nombreuses situations.

Ex : Une personne ayant subi une chute lors d'une session de football se voit fragilisée au niveau de la jambe. Lui est alors proposé une Animal-assisted activity lui permettant d'apprendre à remarcher en compagnie d'animaux spécialisés. L'individu peut alors raisonner comme suit afin de définir sa motivation à souscrire à ce service : « Si je suis cette nouvelle thérapie, je pourrai apprendre à remarcher dans de meilleures conditions et dès lors je pourrai remarcher au plus vite. »

- La Théorie du consommateur :

Cette théorie semble s'adapter à notre projet, cependant elle touche essentiellement la motivation au travail et non à la motivation du consommateur. Il semble donc important de venir ajouter à celle-ci les données utiles que la motivation du consommateur peut apporter.

La force du besoin sera définie comme un des premiers éléments impactant la motivation. Si ce besoin est fort (exemple : j'ai un besoin pressant), alors il aura un impact plus important sur la motivation (trouver la toilette la plus proche) et celle-ci prendra une importance plus forte dans l'esprit de l'individu au point même de surclasser tout autre chose. Au contraire, si le besoin

²⁰ <http://alain.battandier.free.fr/spip.php?article9> consulté le 9/11/2017 à 17h08

est faible alors la motivation à répondre à ce besoin sera plus faible. La pyramide de Maslow permet de mettre en avant l'idée qu'il existe différents besoins avec différentes forces et donc des motivations qui elles-mêmes ont différentes amplitudes (Wright, 2006).

La motivation peut être interne ou externe, c'est le principe de faire quelque chose pour soi (interne) ou parce qu'une récompense qui n'est pas propre à l'individu peut être obtenue (externe)

La motivation peut aussi être positive et négative, nous pouvons agir positivement en vue d'obtenir une certaine chose mais nous pouvons aussi agir négativement pour éviter quelque chose et inversement.

La motivation peut être divisée en trois différents types : rationnelle, émotive et instinctive. Cependant, il est très courant de voir la motivation, aussi complexe soit-elle, devenir un mélange entre ces trois différents types (voir annexe 7). Il semblerait que, malgré le mélange presque permanent de ces trois motivations, 70% à 80% des acheteurs achèteraient pour des raisons émotionnelles (Bornstein. ; 1989 dans Wright, 2006).

- La motivation rationnelle :

On définit celle-ci comme la motivation qui fait appel à la raison. Elle définit donc ce qui motive un individu de manière rationnelle sans autres facteurs symboliques. Par exemple, un individu achète une voiture afin de se rendre de la maison au travail. Ce qui le motive à acheter un certain type de voiture sera alors son utilité principale et dans ce sens, il agira avec raison en prenant la voiture avec une garantie plus longue ou avec des coûts de maintenance moins importants.

- La motivation émotionnelle :

La motivation provient, dans ce cas-ci, d'une émotion (joie, colère, amour, affection, nostalgie...etc) propre à l'individu à une période donnée. Les émotions peuvent avoir un impact important sur toute décision, même si celle-ci peut sembler rationnelle au premier regard. Par exemple, une personne peut décider de s'acheter une voiture parce qu'il a eu un coup de cœur pour celle-ci et non pas pour son utilité première.

- La motivation instinctive :

Elle se définit comme une motivation qui nous pousse à agir sans réelle conscience. Nous agissons donc pour combler un besoin au premier abord mais notre motivation instinctive peut nous pousser parfois à aller plus loin que cette simple satisfaction. Par

exemple, une personne ayant envie de chocolat aura une motivation plus ou moins importante quand il s'agit de prendre un chocolat dans la boîte ouverte au milieu de la table. Cependant, il se peut que cette personne n'en prenne pas qu'un seul pour combler sa faim mais en prenne plusieurs sans même s'en rendre compte parce qu'elle discute avec les gens autour de la table.

Nous remarquons aussi que, dans tout type de motivation, un conflit interne s'établit et ce de manière consciente ou non. L'individu devra faire face à différents besoins et donc différentes motivations. Par exemple, une personne voulant manger une barre de chocolat va être motivée par le bonheur direct que celle-ci procure mais sera en conflit avec le fait qu'elle ne veut pas prendre du poids. Il y aura donc dans chaque besoin et chaque motivation, un contraire établi, ceci pouvant parfois amener à des dissonances cognitives lorsque la motivation d'un individu est plus forte que ce qu'il voudrait faire de manière rationnelle (ex : je sais que je ne dois pas fumer, pourtant le plaisir est trop fort, ce qui me motive à fumer malgré tout).

Différentes théories existent pour expliquer ce qui définit la motivation. Par exemple, la théorie appelée « the Push Theory ». Elle définit le corps comme dans un état d'équilibre. Lorsque cet équilibre se voit modifié, un besoin se fait ressentir qu'on appelle tension. Cette tension va amener une certaine motivation à revenir à l'état d'équilibre (Wright, 2006) (voir annexe 8).

Pour tout besoin, il y a différents moyens de satisfaire ceux-ci. Cela dépend des expériences personnelles de l'individu, des capacités physiques, des normes culturelles, des valeurs ainsi que de l'accessibilité physique et de l'environnement social.

La motivation (voir annexe 9) provient donc d'un besoin, d'une envie ou d'un désir qui n'est pas comblé. Cela va faire naître une tension. Celle-ci créera une motivation plus ou moins forte pour l'individu amenant à l'adoption d'un comportement afin d'atteindre l'objectif donné et donc satisfaire ce besoin. Le comportement choisi et donc l'objectif à atteindre afin de répondre au besoin seront choisis en fonction de la capacité de réflexion (cognition) ainsi que de l'apprentissage venu des situations précédentes.

Les objectifs, quant à eux, sont fonction d'une certaine hiérarchie (annexe 10) reprenant l'ensemble des sous-objectifs permettant d'atteindre l'objectif primaire. Par exemple, si je veux profiter de la vie (Super Goal), je devrais vivre plus longtemps (Focal goal) et pour cela je devrais être en bonne santé (Sub-goal). (Schiffman & Kankuk, 2004).

3.1.4. Les impacts et effets d'un compagnon animal sur l'individu :

Pour qu'une relation puisse exister entre l'homme et l'animal, il faut aborder celui-ci comme un sujet (Willems., 2011 dans Loiseau., 2012). Un animal de compagnie est un être vivant capable de sentir et ressentir des émotions, ayant la capacité d'adopter des comportements non dénués de sens.

Ces dernières années, beaucoup d'études ont été réalisées sur la relation entre l'homme et l'animal de compagnie et plus précisément sur l'impact de l'animal sur la santé d'un individu. Bon nombre d'études ont essayé de démontrer et mesurer comment un compagnon pouvait amener à améliorer la santé d'un individu mais aussi les risques que ceux-ci peuvent apporter.

Nous allons donc diviser cette partie en deux. L'une définira et expliquera la relation qui existe entre une personne et son animal et la deuxième veillera à montrer que des bienfaits peuvent exister et que ces relations peuvent avoir des impacts positifs sur la santé des individus (aussi bien dans le cadre privé qu'hospitalier).

3.1.4.1. La relation Homme-Compagnon

Les animaux font partie de notre vie de tous les jours. Aujourd'hui, presque 65% des ménages ont un animal de compagnie (Gee et al., 2017). Certaines personnes considèrent l'animal de compagnie davantage comme un membre de la famille ou un ami. On a donc une tendance à l'anthropomorphisme, on donne à notre animal un comportement et des sentiments humains (Durant, 2007).

L'homme et l'animal ont une histoire commune, que ce soit en passant par un simple acte physico-chimique (relation naturelle entre les êtres vivants), par un acte de consommation ou encore comme moyen de contribuer à l'amélioration de la condition humaine (expériences sur animaux). L'animal possède une place importante de la vie de l'Homme (Beaufays et Giffroy, 2005).

3.1.4.1.1. L'évolution du statut et de la perception de l'animal :

Les fonctions que s'est vu attribuer le chien depuis 15 000 ans sont multiples et avant tout utilitaires (gardien de troupeaux, protecteur, chasseur...). Mais aujourd'hui, ces fonctions disparaissent petit à petit. Une nouvelle fonction voit le jour, l'apport d'affection. Dans ce domaine, le chien a été rejoint par d'autres animaux. Une notion d'animal de compagnie voit alors le jour. Comme cité plus haut, nous constatons un anthropomorphisme grandissant. Nous appelons nos animaux avec des prénoms, nous les toilettons, nous leur parlons comme à un membre de la famille ou encore nous les habillons (Beaufays et Giffroy, 2005).

L'animal, proche de l'homme se voit dès lors utilisé en termes économique. L'apparition de nouveaux services animalier et l'utilisation de leur image par les marques et les médias pour toucher la population montrent que les relations avec les animaux ont bien changé ces dernières années pour devenir plus affectueuses qu'utilitaires (Catsaras, 1999)

Cependant, il y a une exception, le côté utilitaire de l'animal n'a pas totalement disparu. Il s'est transformé en définissant l'animal comme un animal de rente. Il se définit comme un animal-revenu, c'est-à-dire un animal qui a pour but de créer un revenu pour son propriétaire. Cette instrumentalisation de l'animal amène à une diminution du bien-être de celui-ci. En effet, les études montrent que le changement d'environnement physique et social impacterait fortement le bien-être de l'animal (ex : Poules élevées en batterie ne connaissent que la lumière artificielle). Cette vision de l'animal comme machine dépourvue de sentiments apparaît comme inacceptable par une grande partie de l'opinion publique (Beaufays et Giffroy, 2005).

Que ce soit l'animal comme rente ou comme test scientifique, il semblerait que l'Homme rejette toute forme de nuisance à la vie de ses compagnons. Ces dernières années, les liens entre l'homme et l'animal se sont renforcés par le passage de l'outil au membre de la famille amenant à une modification des méthodes utilisées quant à l'utilisation des animaux comme rente. Il semble donc important dans ce mémoire, comme dans le projet, de tenir compte de ce lien important qui unit l'homme et son compagnon.

3.1.4.2. Les impacts sur la santé :

Les études montrent que les impacts sont divers et variés en fonction de la recherche voulue. On constate cependant un nombre important d'impacts positifs au sein de l'ensemble de ces études.

Mais que sont les Animal-assisted therapy/activities ? Ce sont des thérapies ou activités au sein desquelles un animal spécialisé (ayant l'ensemble des aptitudes validées par les autorités compétentes pour être un animal destiné à ces activités) est mis à la disposition des services de santé avec pour but diverses fonctions variant selon le type d'activité ou de thérapie mais se vouant toujours à l'amélioration de l'état du patient en question.

3.1.4.2.1. Impacts psychologiques :

Les interactions avec les animaux contribuent à un bien-être psychologique plus important et donc une capacité de guérison accrue (Walsh, 2009). On constate que les personnes ayant des animaux seraient moins stressées. En effet, la présence d'un animal dans des situations difficiles permettrait de se sentir mieux et d'évacuer son stress. Lors de la perte d'un être cher, la présence animalière permet un certain réconfort et de diminuer le sentiment de solitude tout en permettant à la personne de se retrouver seule si le besoin se fait tout en gardant une présence animale. L'animal ayant vécu une partie de sa vie avec le défunt mari pourrait être l'image des bons moments passés ensemble mais aussi un élément de soutien majeur n'apportant aucun jugement quant à l'état de l'individu.

Pour les personnes âgées, les bienfaits d'un compagnon animal seraient l'amélioration de l'humeur, une diminution des symptômes dépressifs, une mobilité accrue ainsi qu'un intérêt pour le respect de l'environnement (Walsh, 2009). Les animaux ont aussi un impact sur les personnes vivant seules. Ils permettent de procurer un bien-être émotionnel relativement supérieur, permettent de faciliter les relations sociales futures et amèneraient ces personnes à être plus participatives au sein de la société (R. Banks et A. Banks, 2002).

Les patients souffrant de troubles mentaux sévères tels que la démence ou l'Alzheimer se sont vu doter d'une capacité de concentration et de socialisation plus importante. En effet, les conversations de ces patients sont plus longues quand un animal est présent. La simple mise en

place d'un aquarium avec des poissons lors des repas à permis de voir le poids moyen des résidents augmenter.

Dans d'autres cas, les activités et thérapies animalières permettent aux jeunes dans les écoles de dépasser leur timidité en lisant des textes à haute voix en face d'un compagnon. Ces enfants souffrant parfois de troubles ou de timidité excessive se retrouve dans une pièce en compagnie uniquement de l'animal et de son maître pour lire des textes devant l'animal afin de combattre d'une certaine manière leurs difficultés à s'exprimer. Les thérapies se sont vues aussi concluantes dans les prisons, où elles permettent aux détenus d'être plus calmes, sociables et détendus (Walsh, 2009).

Même si les études permettant de prouver qu'un lien existe entre santé mentale et présence animale sont peu nombreuses et très récentes, elles permettent d'amener des pistes de réflexion et de recherches pour le futur. Cependant les études existantes amèneraient à montrer que la présence animale permettrait d'améliorer la santé mentale des personnes ayant un animal de compagnie à leur côté.

3.1.4.2.2. Impacts physiques²¹ :

Ces impacts psychologiques amènent donc à des bienfaits pour les individus ayant un animal de compagnie. Mais ceux-ci amènent aussi à un bien-être physique important (ex : les personnes âgées ayant un animal doivent sortir de chez elles pour le promener, dès lors, elles pratiquent une activité physique et voient leurs consultations chez le médecin diminuer) (Walsh, 2009).

Mais ce n'est pas tout, la présence animale permettrait de diminuer les risques cardiovasculaires dus au stress, une augmentation des chances de survie après une crise cardiaque, une diminution de la pression sanguine et améliorerait le système immunitaire (Walsh, 2009)

Par exemple, en ce qui concerne la pression sanguine, on remarque que les personnes ayant un animal de compagnie ont une pression plus faible et des battements de cœur moins intenses (E. Cherniack et R. Cherniack, 2014).

En ce qui concerne les soins de révalidation, on remarque que les personnes suivant des activités assistées par animaux (Dog walk) récupèrent plus vite mais aussi voient leur capacité à sociabiliser augmenter (Gee et al., 2017).

Comme pour les études sur les bienfaits psychologiques, celles sur le bien-être physique sont en nombre limité. Elles ne peuvent donc pas amener à des conclusions totalement pertinentes mais permettent d'amener des pistes de recherches. Il semblerait donc qu'un lien émotionnel et physique existe entre un animal et son maître et que celui-ci soit bénéfique pour l'individu.

L'ensemble de ces études permettent de donner une certaine légitimité à notre projet, prouvant d'une certaine façon qu'un service comme celui-ci pourrait apporter quelque chose aux futurs patients et donc qu'il pourrait avoir une certaine possibilité de développement sur le marché des soins.

²¹ Nous entendons par physique tout changement physiologique, c'est à dire tout changement dans le fonctionnement d'une partie qui compose l'individu.

3.2. Question d'étude

Après analyse de l'environnement et de la littérature, nous pouvons constater un intérêt grandissant pour les « Animal-assisted therapy/activity » de la part des patients et futurs patients. Nous avons aussi analysé le cheminement que fait un individu avant et pendant l'adoption d'un tout nouveau service.

Dès lors, la question de créer un nouveau service au sein même de l'hôpital se pose. Afin de définir si ce nouveau service est viable et répond au besoin et aux conditions d'adoption de la patientèle, nous devons nous poser la question suivante « *Quels sont les incitants amenant les futurs patients à souscrire au service d'accueil animalier en milieu hospitalier ?* »

Cette question nous permettra non seulement de mieux comprendre ce que les patients et futurs patients attendent de ce service et les contours de l'offre mais aussi de définir quelles sont les variables qui pourraient être significatives et qu'il faudra dès lors garder afin de mettre en place le questionnement prévu dans l'étude quantitative.

Plusieurs sous-questions pertinentes peuvent être posées, comme par exemple :

- Quels sont les attentes du consommateur concernant ce service ?*
- Comment un patient se tourne-t-il vers un tel service ?*
- Quels sont les motivations et les freins à la souscription d'un tel service ?*
- Quels seraient les bénéfices attendus lors de l'utilisation d'un tel service ?*

Ces quatre sous questions semblent justifiées au regard de la revue de littérature ci-dessus. En effet, nous constatons que le processus de décision expliqué au point 1.2.1 nous permettrait d'avoir des informations essentielles quant aux méthodes et processus de décision lors du choix d'un tel service. Nous pourrions avoir des informations sur les moyens utilisés afin de trouver ce service : internet, bouches à oreilles, journaux...etc. Cela permettrait aussi d'avoir un aperçu des facteurs internes et externes influençant ce processus décisionnel ainsi que les informations cognitives de l'individu (expérience passée, avis, jugement...etc.). Cela permettrait donc de répondre à la question : « Comment un patient se tourne-t-il vers un tel service ».

Il est aussi important de comprendre et connaître les attentes, les motivations et les bénéfices attendus des patients afin de définir quels sont les paramètres qui devraient composer notre service afin qu'il soit adopté.

Ces quatre sous questions permettront dès lors de répondre à « pourquoi un individu souscrit à un tout nouveau service, comment le fait-il (processus) et quel gain veut-il retirer à la suite de cette souscription ? ».

De cette manière, ces trois variables permettront de répondre à la question de recherche composant l'étude quantitative : « *Quels sont les incitants amenant les futurs patients à souscrire au service d'accueil animalier en milieu hospitalier ?* ».

3.2.1. Définition des bénéfices attendus :

Lorsqu'un produit ou un service offre quelque chose au consommateur qui satisfait ses besoins et désirs, on peut définir cette chose comme un bénéfice. Le bénéfice attendu se définit donc comme un attribut désirable d'un bien ou d'un service qu'un acheteur pense recevoir lorsqu'il achète/souscrit à un bien ou un service.²²

La théorie vue précédemment confirme cette définition. En effet, d'après Ajzen et Fishbein l'attitude se définit comme « les croyances, espérances et évaluations amenant à adopter/atteindre un comportement voulu tant celui-ci apporte à l'individu un bénéfice ». Nous pouvons donc dire que le bénéfice attendu est la résultante de ses croyances, espérances et évaluations amenant t'individu à vouloir adopter un comportement (cfr : 1.2.1).

La théorie de la motivation de Vroom nous dit que la motivation est fonction du profit attendu, des chances de réussites et la valeur accordé au bénéfice obtenu. Elle semble donc corroborée la définition du bénéfice perçu ci-dessus.

3.3. Méthodologie de l'étude qualitative :

3.3.1. Objectifs de l'étude qualitative :

L'objectif principal d'une étude qualitative est de comprendre, en termes de qualité, les raisons et motivations d'une individu (Malhotra, 2007). La collecte de données ne pourra donc en aucun cas amener à une ou plusieurs généralités. De plus, aucun test statistique ne peut être mis en place dans ce type d'étude.

²² <https://www.mbaskool.com/business-concepts/marketing-and-strategy-terms/12287-product-benefits.html> Vu le 5/12 à 15h33

Le but de cette étude quantitative sera de définir quels sont les incitants amenant les futurs patients à souscrire au service d'accueil animalier. Elle aura donc pour but de mettre en avant les besoins des consommateurs (reconnaissance des besoins) et donc définir pourquoi un individu souscrit à notre service. Elle nous apportera les informations nécessaires à la compréhension partielle à la question « comment font-ils pour choisir un service de ce type ? ». Nous pourrons donc, au final, comprendre l'offre que nous devons mettre en place afin de répondre aux besoins de la population cible ainsi que de mieux comprendre les contours de l'offre et d'y définir ce qui est possible de faire.

Les résultats de cette étude nous permettront d'établir des hypothèses par rapport à notre question de recherche lors de l'étude quantitative.

3.3.2. Méthode qualitative utilisée :

Nous décidons, pour cette étude, de mettre en place un entretien en profondeur semi-directif. Celui-ci se définit comme un entretien individuel plus rigide qu'un entretien classique. Il sera composé d'un guide d'entretien complet reprenant les thèmes à aborder (Malhotra et Naresh, 2007). Cela nous permettra d'être plus précis et de se focaliser sur les thèmes essentiels sans s'en éloigner de manière excessive. En effet, l'entretien sera donc moins profond et moins ouvert. Il sera mis en place sous forme d'entonnoir permettant de se recentrer sur un sujet bien précis. Cette technique d'entretien est appelée « Laddering ». Elle permet au chargé d'étude de découvrir les raisons psychologiques et émotionnelles enfouies au plus profond du consommateur (Malhotra, 2007). La durée est comprise entre en moyenne 30 minutes et 1 heure.

Ce type de méthode d'entretien est utilisé afin de gagner du temps et de faciliter le dépouillement. En effet, ayant un timing très strict, un entretien plus long amènerait à la mise en place de ressources dont nous ne disposons pas.

3.3.3. Échantillon de recrutement :

Pour cette étude, les personnes interviewées devront répondre à certains critères de base. Il est donc important de définir les personnes qui seront potentiellement intéressées par cette offre. Nous avons défini 4 cohortes :

- Les personnes âgées de plus de 75ans (gériatrie) (1)
- Les personnes seules/isolées à partir de 18 ans (2)
- Les personnes en revalidation à partir de 18 ans (3)
- Un groupe général à partir de 18 ans (4)

Nous considérons qu'un ensemble minimum de personne par cohorte doit être interrogé afin d'avoir une étude significative. Nous décidons donc d'interviewer un total de 20 personnes (5 personnes par cohorte) avec un minimal acceptable de 12 personnes (3 personnes par cohortes). Les groupes ont été définis en fonction de certains critères de ciblage amenés par le service.

Groupe 1 : groupe cible définit par la théorie et les études précédentes montrant l'impact important des animaux sur les personnes âgées ainsi que l'importance capitale que celles-ci donnent à leur compagnon à quatre pattes, mais aussi par le C.H.U, définissant cette cohorte comme une cohorte pouvant être sensible au projet.

Groupe 2 : groupe cible définit par le sens commun et par la théorie ci-dessus. Les personnes isolées se retrouvent dans des situations où les membres proches ne veulent ou ne peuvent pas prendre un animal de compagnie en pension.

Groupe 3²³ : groupe cible qui semble légitime en vue de la théorie et des études précédentes mais aussi par l'envie de l'hôpital de savoir si les thérapies de revalidations via animaux (animal-therapy/activity) ont un futur possible en Belgique.

Groupe 4 : groupe défini afin de sonder la population en général, indépendamment des facteurs spécifiques.

Il est nécessaire que chaque personne interrogée possède un animal de compagnie ou en ait possédé un dans le passé. Cela permettra, pour elle comme pour l'enquête, d'avoir des réponses plus significatives relevant d'une vie (ou vie passée) avec un animal de compagnie et donc d'une connaissance plus précise de ce qu'un tel service devrait apporter.

²³ Il s'agit de personnes qui n'auraient pas forcément d'animaux à la maison mais pour lesquelles on introduirait un animal dans le trajet de soins.

3.3.4. Guide d'entretien et retranscriptions :

Le guide d'entretien servira de base à l'interview afin de définir quelle trame celle-ci va suivre. Il se décompose en 4 grandes phases (Malhotra et al., 2007).

- Phase d'introductive et thème d'échauffement : Elle doit permettre au répondant de mettre de côté ses préoccupations extérieures qui ne sont pas rattachées au sujet de l'étude. Elle va donc mettre en confiance l'interviewé et limiter au maximum les lieux de refuges et de replis vers lesquels pourrait aller celui-ci. Cette partie ne sert en général pas à l'analyse de l'entretien mais est d'une importance capitale afin de poursuivre l'entretien.
- Topo général : dès que la confiance est établie, il faudra s'attaquer au vrai sujet de l'étude. On met en place des techniques projectives afin de mettre le répondant dans une phase imaginaire afin que celui-ci se rapproche d'une situation réelle tout en étant dans une situation de rêve éveillé permettant d'éliminer une partie de la censure possible.
- Discussion spécifique : On pénètre alors dans le cœur du sujet afin de déceler les freins et motivations à la souscription au service donné et définir ce qui pourrait amener ou non l'adoption de celui-ci.
- Phase de conclusion : lors de cette partie l'enquêteur possède logiquement l'ensemble des informations nécessaires. Il est important de finir la conversation par une partie amenant l'individu à revenir à la réalité dans laquelle nous nous trouvons. On n'arrête donc pas brusquement l'enquête mais on prend le temps de finir la conversation poliment (Giannelloli Et Vernet, 1994 dans Gauthy-Sinégale et Vandercammen, 2005).

Le guide d'entretien au complet peut être retrouvé à l'annexe 11.

3.4. Type d'analyse et unité d'analyse :

En ce qui concerne les données et l'analyse de celles-ci, nous avons donc interviewé des personnes issues de cohortes différentes préalablement établies. Ces entretiens ont été enregistrés et conservés. Ils ont ensuite été retranscrits afin de faciliter l'analyse de ces données.

Une matrice a été créée afin de faciliter la lecture et sera définie au point suivant.

Lors de la lecture de ces entretiens, nous avons pu remarquer que les données formaient des thèmes spécifiques reprenant un ensemble d'idées communes. Une analyse thématique semble donc s'adapter parfaitement à notre cas.

Nous allons donc procéder à la création de cette matrice en fonction des thèmes qui ressortent pour ensuite analyser de manière horizontale ce qui ressort de chaque thème défini. Nous analyserons donc les retranscriptions paragraphe par paragraphe.

3.5. Construction de la matrice :

Pour construire cette matrice nous avons décidé de subdiviser d'abord celle-ci en trois parties en fonction des trois cohortes. La première touchera à la cohorte « Personnes âgées », la deuxième touchera à la revalidation et la dernière à la cohorte « générale ».

Chaque matrice sera codée, de manière horizontale nous retrouverons chacune des personnes interviewées et de manière verticale chaque thème relatif à notre question d'étude ainsi que nos sous-questions de recherches définies précédemment.

Une analyse par thème sera utilisée. En effet, le but de cette étude qualitative est de comprendre ce que le service doit proposer pour être adopté ainsi faire ressortir les hypothèses qui seront traitées dans l'étude quantitative. Nous allons donc analyser chaque phrase/paragraphe afin de dégager les thèmes qui en ressortent. Les thèmes étudiés peuvent être retrouvés dans l'annexe 12.

3.6. Analyse des résultats

Pour l'analyse des données, nous avons choisi d'analyser d'abord chaque matrice séparément en fonction des cohortes. Nous avons divisé ces matrices en 7 thèmes différents. Le bâtiment et ses extérieurs, le service, la recherche d'information, les canaux de diffusion, les freins, les motivations ainsi que les bénéfices perçus. Nous avons décidé d'analyser ces matrices de manière horizontale afin de définir quels sont les thèmes qui ont été évoqués par les différents répondants. C'est l'analyse la plus importante car elle permet de définir quels sont thèmes le plus fréquemment cités et elle définit les liens entre les différentes catégories. Il est important de rappeler que ce qui est écrit dans les points d'analyse qui suivent ne peuvent aucunement être interprété de manière scientifique ou généralisée à une population. Il ne s'agit que d'avis de personnes interviewées permettant d'amener à une meilleure compréhension de notre situation précédemment expliquée.

3.6.1. La cohorte « revalidation » :

Thème 1 : Le bâtiment et ses extérieurs

En ce qui concerne la forme du bâtiment et sa conception, il ressort que celui-ci doit être travailler architecturalement parlant. Il s'éloigne donc du bloc et de l'image de la prison que peut refléter parfois l'hôpital. La forme extérieure du bâtiment semble avoir une importance primordiale, cela amènerait le patient à sortir du cadre de l'hôpital pour un cadre permettant une certaine évasion du corps et de l'esprit. Il doit apporter une certaine modernité. Les vitraux semblent importants afin de laisser l'intérieur voir l'extérieur et inversement. Les matériaux devraient être chauds, le bois revient plusieurs fois pour son aspect peu coûteux, chaleureux et semble avoir un impact positif chez plusieurs répondants.

En ce qui concerne les dispositions internes au bâtiment, il faut que celui-ci soit aussi bien adapté pour l'homme que pour l'animal. Un système de plein pied permettant une facilité d'accès serait prépondérant ainsi qu'un intérieur adapté aux personnes à mobilité réduite. Le côté « convivial » ressort toujours, il faut que ce soit chaleureux. Il faudrait une pièce permettant de rencontrer l'animal (une sorte de salle d'accueil) mais aussi des pièces différentes pour pouvoir pratiquer les différents types d'exercices.

En ce qui concerne l'extérieur, les cinq interviewés semblent unanimes, il faut quelque chose de boisé. Il faudrait donc que lors de la sortie du bâtiment on se retrouve face à la nature

(champs, point d'eau, arbre, fleurs...). S'ajoute à ce côté boisé une facilité d'accès. Il faudrait donc un parking proche mais aussi une facilité d'accès par rapport à l'hôpital lui-même. Un système de chemin chaleureux (non pas une simple ligne droite sans rien mais boisé, fleuri...etc). Une sorte de petit parcours ou de petit parc. Il y aurait aussi une séparation entre le lieu d'activité animalière et leur lieu de vie à eux. Le bâtiment ne devrait pas être trop loin de l'hôpital afin de s'y rendre sans trop de difficultés et il devrait être possible de s'y rendre de manière couverte afin d'éviter les intempéries. Le chemin aura un impact important sur les patients car il amènerait à une coupure totale avec le monde hospitalier qui semble difficile. On aura donc le passage d'un endroit difficile à apprécier à un endroit appréciable et agréable.

Thème 2 : Le service

Les services que doit proposer ce nouveau bâtiment sont les suivants : un service de thérapie passif et actif. Nous entendons par passif le fait que les patients, en sortant de leur chambre pour atteindre un endroit convivial et accueillant par un chemin boisé ou en ayant un simple contact physique ou visuel avec l'animal verraient leur état mental s'améliorer. De manière active, des thérapies définies peuvent être mise en place au sein de ce service afin d'améliorer leur état de santé psychologique (dépression, mal être, démence...). Il y aurait aussi un service de médecine animalière physique. Des exercices devraient être mis en place en termes de kinésithérapies et d'ergothérapies adaptées à la présence animalière. Le fait de se déplacer jusqu'à ce bâtiment est déjà un exercice en tant que tel d'après chacun des informants. Le 3^{ème} service serait un service d'accueil animalier permettant de voir son animal et de le faire garder. Pour cette cohorte, le service revalidation animalière doit proposer des séances d'exercices dérivé des exercices déjà existants mais adaptés avec l'animal. Ces exercices devraient être évalués par les professionnels et étudiés afin de définir si ceux-ci sont efficaces mais l'ensemble des répondants semble persuadé que cela sera bénéfique. D'un autre côté il faudrait aussi des « séances » moins « professionnelles » et plus thérapeutiques. Ce qu'ils semblent vouloir dire est que hors les exercices de revalidation pure, il serait appréciable de voir mis en place des moments avec les animaux (balades, caresser un animal quelques minutes...etc) ou simplement regarder ces animaux dans différentes situations (exercices d'autres patients ayant donné leur accord pour être regardé,...etc). Certains répondants aimeraient aussi que dans ce bâtiment, d'autres services soient mis en place (restauration, bar à chat, café, vétérinaire...etc).

En ce qui concerne le personnel et sa formation au sein de ces différents services, ils doivent tous connaître leur métier. Ils doivent donc être compétents. Ils ne devraient pas avoir une spécialisation en plus (ex : le kinésithérapeute ne doit pas être maître dresseur et inversement).

Cependant, tous les répondants de notre cohorte revalidation affirment qu'une discussion, une entente et un suivi de la relation entre les deux spécialistes (kiné et maître-chien) devrait être mise en place. Cela permettrait un bon suivi des exercices ainsi qu'une bonne réalisation de ceux-ci. Le personnel, quant à lui, devrait avoir les qualités suivantes et ce de manière unanime : aimer les animaux, mettre en avant le côté humain plutôt que pécuniaire, être souriant et accueillant mais surtout prendre le temps nécessaire avec le patient. Le côté social et l'empathie semble être des facteurs importants.

Thème 3 : La recherche d'information

En ce qui concerne la recherche d'information au sein de l'hôpital, il faudrait que l'ensemble des professionnels (médecins, assistant sociaux, infirmières...) puissent répondre aux questions des patients. Ce serait le premier point de recherche pour les patients déjà hospitalisés. La deuxième possibilité serait de mettre dans chaque chambre un fascicule reprenant le service et son descriptif. En dernier lieu vient la visite sur place du centre afin d'avoir connaissance de ce qu'il s'y passe.

Pour la recherche d'information en dehors de l'hôpital, il ressort qu'internet est le premier endroit de recherche. Il faudrait donc mettre en place un site internet ou des réseaux sociaux (Instagram, Facebook...) avec des images, vidéos et informations importantes. Le second point de recherche serait les professionnels (kinés, médecins, ...etc) en dehors de l'hôpital. Ils devraient dès lors être mis au courant pour pouvoir en parler à leurs patients ou eux aussi disposer d'affiches ou fascicules. Les derniers moyens de recherches qui reviennent avec une fréquence moins importante sont : l'entourage (familles, voisins, personnes ayant déjà participé), la publicité (journaux, tv, radio) et téléphoner directement à l'hôpital.

Thème 4 : Les canaux de diffusion

Ce qui revient exactement de la même manière pour tous les patients interrogés en revalidation est le fait qu'aucun n'ait choisi l'hôpital dans lequel il a été transféré lors de son séjour « long-terme ». En effet, quel que soit l'accident, ils ont été directement transférés au CHU dû à diverses raisons. De ce fait, ils préconisent tous que lors de l'entrée en hôpital un professionnel diffuse l'information auprès des patients.

Ce qui revient en deuxième lieu est la mise en place d'affiches dans l'hôpital, celle-ci doivent être sobres, précises et renvoyer vers des personnes ou des sites internet/fascicules pouvant transmettre plus d'informations. En effet, le temps peut être long lors de ces séjours en hôpitaux

et les patients se baladent donc souvent dans les couloirs de l'hôpital en lisant presque systématiquement toutes les affiches disposées sur les murs.

Le dernier point sur lequel l'hôpital devrait se focaliser pour prévenir que ce service existe est la publicité. Aucun des patients n'a parlé de publicité télévisée ou diffusée en radio. Cependant, l'envoi d'information par mail sous forme de newsletter semble être intéressant. Une idée m'est parvenue par l'un des informants, il s'agit de mettre un panneau publicitaire numérique à l'entrée de l'hôpital. En effet, celui-ci permettrait d'informer toutes les personnes entrant dans l'hôpital qu'un nouveau service existe (pas seulement pour la revalidation animalière mais pour tout nouveau service ayant vu le jour ou toute nouvelle information ayant besoin d'être communiquée par l'hôpital).

Thème 5 : Les freins

Pour ce service, les freins sont très peu présents chez l'ensemble des informants. L'hypothèse qui ressort de ces entretiens et des échanges que j'ai pu avoir avant, pendant et après l'interview semble pouvoir expliquer cela. Les personnes en long séjour revalidation voient leur vie changer, pour la plupart, du jour au lendemain. Certains sont passés tout près d'un terrible accident et pour la plupart ont perdu quelque chose (capacité à marcher, manger seul, voir...). De cette manière, toutes les personnes interrogées avaient un « recul » sur ce qui peut être un frein et étaient toutes dotées d'une grande positivité. Vient s'ajouter à cela le côté « prison » de l'hôpital qui m'a été cité par tous les informants. L'hôpital n'est pas un service auquel on veut souscrire alors si un séjour inattendu et de longue durée s'imisce dans la vie de quelqu'un cela peut, dans bien des cas, être difficile. S'ajoute donc à cela le fait de ne pas pouvoir sortir de celui-ci ce qui rend ce service encore plus pénible.

Cette situation amène donc le patient à ne pas voir certains freins comme tel. Par exemple, les personnes n'étant pas en revalidation voyaient la distance entre la chambre et le centre comme un frein car si c'est trop loin cela réduirait l'envie d'y aller. De manière évidente tous les répondants de la cohorte revalidation préfèrent que ce soit pensé afin que ce soit plus facile pour eux en vue de la difficulté de certains à se mouvoir. Cependant, ils expriment cela différemment en ne fermant pas la porte au projet même si celui-ci est loin et en trouvant pour chacun une solution afin d'atteindre celui-ci malgré la distance.

Malgré l'engouement pour le projet et leur capacité à prendre du recul sur ce qui est réellement un frein, certaines craintes ressortent de manière unanime.

Premièrement, le prix. Ils partent tous du principe que tout soin est remboursé et qu'il faudrait donc que ceux-ci soient aussi remboursés et donc considérés comme des soins à part entière.

Ils sont cependant tous prêt à payer une quote-part afin de soutenir le projet mis en place. Celle-ci ne devrait cependant pas être trop élevée sinon le projet serait destiné à une élite sociale et se verrait entaché d'une image négative.

Deuxièmement, l'hygiène et le bon traitement des animaux sont deux critères essentiels qui, s'ils ne sont pas respectés, amèneraient à un boycott de la part de l'ensemble des patients.

Troisièmement, la distance ressort comme un « demi-frein », dans le sens où les personnes étant en long séjour ne voient aucun inconvénient à faire 200km pour se retrouver dans cet hôpital. Cependant, la famille pourrait transformer celle-ci en frein important si elle ne se sent pas capable de faire les trajets pour les visites. Il y aurait donc une discussion entre le patient et sa famille afin de définir si le service vaut le déplacement. De plus, la distance, dans un premier temps, n'est pas toujours un critère de choix étant donné que les patients interrogés n'ont pas choisi d'entrer dans cet hôpital mais ont été envoyés selon des critères définis (rapidité d'accès pour les soins, spécialités données,...etc).

Pour finir, deux informants ont fait ressortir la même information : la difficulté physique, que ce soit pour atteindre le centre ou pour réaliser des exercices avec des animaux, peut entrer en compte. Cependant, même ces deux freins semblent pouvoir être brisés et parfois même transformés en motivation.

Thème 6 : Les motivations

La motivation primaire touche à l'animal et à la qualité de soin. En effet, comme cité plus haut, le caractère difficile du séjour en hôpital amené par l'aspect « prison » de celui-ci a un impact psychologique important. Tous les répondants voient ce service comme une façon de sortir de ce cadre difficile. Même si le service de révalidation physique n'apportait pas une différence majeure en termes d'efficacité dans les exercices, il amènerait le patient à se sentir mieux et cet impact positif sur son moral aurait un effet secondaire sur l'implication dans les exercices. L'impact de l'animal dans ces exercices aurait donc une conséquence psychologique lors de la mise en place d'exercices physiques permettant au patient de se sentir mieux et dès lors augmenterait son envie de faire une meilleure séance d'exercice. On parle donc d'un effet psychologique direct par la simple présence de l'animal amenant à un possible impact physique améliorant la qualité de soin de manière importante.

La motivation secondaire qui revient chez quatre intervenants sur cinq touche à la phase de transition entre l'hôpital et le service. Ils entendent par-là l'image que reflète le service avant la souscription à celui-ci. Si le passage de l'hôpital au service se fait dans un cadre qui casse le

cadre hospitalier, si le bâtiment offre une image chaleureuse, si d'extérieur le service semble convivial et renvoie une image positive, cela aurait un impact positif sur l'envie à souscrire à celui-ci.

Il est important de préciser que c'est l'image vue par le patient lui-même. En effet, l'entourage semble avoir un impact minime sur l'intention de l'individu à souscrire au service. Ce n'est donc pas parce qu'un proche donne une image négative du service que l'individu ne souhaitera pas essayer celui-ci afin de s'en faire sa propre image.

La troisième motivation touche au côté innovation du projet. Trois répondants semblent définir que l'envie de participer et de souscrire à ce service viendrait du fait qu'il soit nouveau et unique en Belgique. Ce côté innovant couplé à l'image positive du projet donne donc l'envie aux patients de tester celui-ci.

Thème 7 : Les bénéfices perçus

Les bénéfices perçus par chaque répondant et ce, de manière unanime, sont la capacité du service à amener à une amélioration de la qualité de soin. La santé semble s'améliorer, que ce soit pour le chien ou pour le patient. Même si tous les répondants se sont focalisés sur le côté revalidation, il revient souvent dans la partie des bénéfices perçus que la santé de l'animal mis en accueil serait améliorée car celui-ci ne se retrouverait pas seul, garderait un contact avec son maître et ne tomberait pas en « dépression », ce qui semble être courant d'après les répondants quand un maître quitte le domicile pendant un temps. L'animal se verrait attribuer un bon nombre de soins de qualité et ce à proximité de son maître et sa santé se verrait donc améliorée. La santé du patient se verrait elle aussi améliorée. Dans un premier temps, ce serait une amélioration psychologique permettant à l'individu de s'évader et de sortir du cadre hospitalier très restrictif. Dans un deuxième temps, cela amènerait à un bien-être et une amélioration de la qualité des soins physiques. En effet, la motivation à faire un exercice se verrait décuplée dû à cette amélioration psychologique. De ce fait, l'individu, seulement en se déplaçant jusque ce centre, se verrait déjà travailler et faire un exercice de remise en forme. Le déplacement jusqu'au centre semble être autant bénéfique que le centre lui-même permettant à l'individu de se ressourcer et de se retrouver dans un climat plus « gai ». D'après les répondants, les gens hors de ce service ne se rendent pas compte de l'impact énorme que cela peut avoir sur le moral du patient : « on espère enfin, on revient enfin à une vie normale et active, on sort de cette prison ». Une fois dans ce centre, le bénéfice perçu touche aussi à la santé de l'individu. Chaque répondant semble croire que des exercices animaliers permettrait une amélioration de

l'ensemble des exercices de revalidation que l'on retrouve dans les hôpitaux de manière générale.

Dans une moindre mesure, les répondants mettent en avant que certaines personnes voient leur animal de compagnie comme un enfant, la possibilité de les garder avec eux même lors de séjour en hôpital peut être une plus-value incroyable permettant aux personnes de combattre la maladie avec beaucoup plus de « force » grâce à l'impact positif que l'animal aurait sur eux et ce mentalement.

3.6.2. La cohorte générale :

Thème 1 : Le bâtiment et ses extérieurs

La forme du bâtiment ne semble pas avoir une importance primordiale pour les répondants. Tant que celui-ci est sobre, moderne et chaleureux. La forme en U semble cependant revenir chez deux répondants, permettant une séparation des deux services tout en restant dans un même bâtiment.

En ce qui concerne les dispositions internes, le bâtiment doit séparer les services en deux parties distinctes permettant d'avoir d'un côté les animaux du centre d'accueil et de l'autre les animaux dressés permettant les revalidations. Cela permettrait une meilleure hygiène du côté « thérapie et activité » de ce centre. Le bâtiment devrait être lumineux et chaleureux en son sein. Il doit évidemment être adapté aux animaux et aux personnes voulant souscrire au service. Il faudrait une pièce d'accueil sans animaux ou le patient est guidé vers le service voulu. Dans le service d'accueil, il faudrait trois pièces différentes. La première serait une pièce de rencontre ouverte à tous et donc verrait plusieurs animaux possiblement se rencontrer avec plusieurs maîtres, une pièce de rencontre isolée et une pièce pour que les animaux se reposent, mangent et jouent quand les maîtres ne sont pas là. Ils voient ça comme un chenil mais en plus chaleureux et sans cages. Les cages devraient être transformées en maisonnette (ce sont des cages à l'aspect plus chaleureux). Il faudrait cependant une séparation entre les différents animaux (chats, chiens...etc) afin d'éviter tout soucis. L'endroit devrait être pensé de manière sécurisée pour les animaux et pour les patients/visiteurs.

L'extérieur, quant à lui, doit se présenter comme une étendue de verdure avec pourquoi pas quelques arbres ou fleurs. Mais il faut surtout un jardin permettant de se balader avec son animal quand il fait chaud et de le sortir. Le côté balade et « besoin de l'animal » devrait être séparé afin d'assurer une hygiène impeccable

La disposition par rapport à l'hôpital devrait être plutôt proche et de préférence sans sortir réellement de l'hôpital (annexe, couloir reliant l'hôpital au service...etc).

On constate ici que les répondants accordent bien moins d'importance à l'impact que le bâtiment et ce qui l'entoure peut avoir. Nous expliquerons de manière hypothétique ce qui peut expliquer cette différence en conclusion.

Thème 2 : Le service

Dans un premier temps et de manière unanime, le service doit apporter une double qualité pour le patient y déposant son animal pour une durée donnée : des installations de qualité et un personnel aimant et attentionné. Les installations doivent proposer de la nourriture et de quoi s'abreuver à tout moment de la journée pour que l'animal ne manque jamais de ces besoins primaires. Il doit aussi offrir des endroits de jeu et de sortie tel qu'un jardin, des balles, des jouets en plastique...etc. Il devrait aussi proposer un intérieur chaleureux avec des fauteuils, des coussins, des endroits pour que les chiens et chats puissent jouer et se relaxer avec leur maître. Il faudrait donc que le service mette à disposition une pièce de rencontre générale avec plusieurs animaux et maîtres mais aussi une pièce adaptée pour une rencontre privée avec son animal. Le service doit aussi amener une certaine sécurité, ce qui semble primordial pour l'ensemble des répondants. En effet, il doit assurer une sécurité physique et sanitaire pour le patient et pour son animal durant toute la durée du séjour (jardin clôturé, intérieur prévu pour assurer une entente entre animaux...etc).

En ce qui concerne le personnel, les professionnels doivent être dotés d'empathie et d'amour aussi bien pour l'homme que pour l'animal. C'est une qualité très importante pour l'ensemble des répondants. Ce personnel doit donc s'occuper de la meilleure manière des animaux en donnant l'amour qu'il faut à ceux-ci et en les traitant comme si c'était leurs propres animaux. Il faut que l'animal se sente heureux. En termes de formation, il semblerait qu'il ne soit pas nécessaire d'en avoir une. Il faudrait simplement que la RH vérifie que la personne s'occupe correctement des animaux et qu'elle soit à l'aise en présence de ceux-ci.

Dans un deuxième temps, le service pourrait mettre en place une revalidation avec son animal de compagnie pour les personnes étant en revalidation et ayant un animal de compagnie. Deux répondants ont émis l'idée de créer une séance d'apprentissage entre le maître et son chien (par un professionnel et un kiné) permettant d'apprendre à son propre chien des exercices de kiné pouvant être refaits lors du retour à la maison.

Dans un dernier temps, il ressort qu'un vétérinaire (privé ou en lien avec l'hôpital) serait le bienvenu afin d'assurer que les animaux soient en bonne santé et que certains arrivant malade

ne contamine pas les autres. Il serait aussi appréciable de permettre à d'autres gens de voir l'animal d'une personne si celle-ci donne son accord. Cela permettrait que l'animal ne soit pas seul quand la personne hospitalisée n'est pas disponible.

En termes d'horaire, les répondants semblent définir un horaire habituel allant de 8h à 20h. Il y aurait donc une plage horaire définie mais avec des rendez-vous mis en place. Il ne serait donc pas possible de voir son animal sans ce rendez-vous. Cela permettrait de mettre facilement en place des moments seul à seul avec son animal.

Thème 3 : la recherche d'information

De manière générale les informants disent rechercher sur internet (site de l'hôpital, réseaux...etc). La recherche se ferait par mots-clé sur internet en tapant « faire garder son chien – garde d'animaux lors de séjour hospitalier ». Viennent ensuite les appels téléphoniques directement vers le service défini ou la visite sur place du service d'accueil afin de vérifier par soi-même ce que le service propose et demander directement au personnel sur place les informations que la personne recherche. Pour finir, le fait de contacter une connaissance (famille, amis...) afin d'obtenir des informations revient chez deux répondants mais avec beaucoup moins d'importance et de développement que pour les idées précédentes. Cela peut refléter le fait que les informants préfèrent se faire un avis clair de leur propre chef.

Thème 4 : les canaux de diffusion

Plusieurs idées reviennent de manière disparate mais amènent à une idée semblable : faire connaître de manière claire le service aux personnes pouvant potentiellement être internées au CHU. On parle donc d'une population très vaste et hétérogène. Il faut donc essayer de montrer aux gens que cela existe sans forcément diffuser trop d'information, l'idée étant innovante et unique, les gens rechercheraient par eux même.

L'idée principale serait de faire une pub sur le site internet en page principale, cela permettrait de toucher toutes les personnes allant sur le site. Une publicité sur le net (Facebook, Instagram...) pourrait donc être envisageable. Il faudrait aussi mettre en place des affiches au sein du CHU là où les visiteurs et patients passent de manière fréquente. Pour finir, les professionnels internes ou externes pourraient en parler.

Mais quel que soit le moyen de communication, il faudra être clair sur le but de ce centre et les services distincts qu'il offre.

Thème 5 : les freins

Le frein qui fait l'unanimité est le prix. Si celui-ci est trop élevé, il rendrait inaccessible ce service à la plupart des gens qui pourraient être intéressés. Les répondants semblent s'accorder sur un prix variant de 5 à 10 euros la journée de garde. Ils semblent tous prêt à payer tant que ce service est mieux/équivalent à un chenil basique et que le prix n'est pas supérieur à celui-ci. Il semblerait donc qu'entre deux services semblables, notre service en milieu hospitalisé soit d'avantage apprécié. Cependant, si le prix varie à la hausse, cela aurait un impact important sur la demande. On pourrait donc définir la demande comme très élastique amenant à une modification forte de la demande lorsque le prix varie peu. On ne peut, cependant, aucunement généraliser cette analyse.

Il semblerait que l'accessibilité ait un impact important aussi. Si l'hôpital est difficile d'accès ou trop loin, alors le patient ne serait pas enclin à amener son animal. La durée du séjour vient appuyer cela. En effet, si le séjour est de type court (moins d'une semaine), alors il serait très peu utile de prendre son animal avec soit que ce soit à cause des coûts ou à cause des complications de transport que cela peut amener (stress de l'animal si celui-ci n'est pas habitué à la voiture, changement de lieu de vie pour l'animal...etc.).

Ce qui revient généralement comme frein important est l'hygiène. En effet, il semble improbable, surtout en milieu hospitalier, d'avoir un service ne respectant pas les normes d'hygiènes. Cela serait un risque pour le patient, les visiteurs et les animaux. Il faudrait donc définir sous quelles conditions les animaux peuvent être accueillis et quand est-ce que leurs maitres peuvent venir les voir. Une hygiène déplorable découlerait sur un rejet total du projet par l'ensemble des informants mais aussi une fermeture du centre, ce qui semble donc inconcevable.

Les trois points suivants reviennent de manière ponctuelle mais semble intéressants à analyser dans le cadre de notre service. L'entente entre animaux, la non-compréhension du service et l'image de celui-ci auraient un impact sur la propension à souscrire au service. Il faudrait donc assurer une sécurité pour les patients et leurs animaux, en en mettant pas ensemble des animaux qui ne s'entendent pas afin d'éviter toute confrontation. Il faudrait aussi que le service proposé soit compréhensible. Il faut donc que le futur patient, lors de la prise de connaissance du service, ne soit pas plongé dans une incompréhension pouvant l'amener à abandonner la recherche concernant ce service et à se tourner vers un service équivalent et plus simple d'accès. Pour finir, le service doit avoir une image accueillante et chaleureuse. Offrant un service animalier, les gens semblent s'attendre à quelque chose de convivial et « mignon », si ce n'est pas le cas alors cela pourrait repousser certain à souscrire à celui-ci.

Thème 6 : les motivations

La première motivation liée au service se trouve dans le principe même du service. En effet, la personne entrant en hôpital et devant faire garder son chat devrait choisir un moyen pour faire garder celui-ci. Donc trouver un moyen de répondre à ce besoin sera la motivation première.

Cependant, notre service amène des motivations complémentaires liées à son environnement. L'animal placé dans un refuge se trouve loin de son maître, sans possibilité de le voir et sans possibilité de juger de l'évolution de son état. Dans notre service, le patient aura la possibilité de voir son animal et donc de s'assurer que celui-ci va bien, cela amènerait à une réduction possible du stress amené par l'inquiétude de savoir son animal dans un milieu inconnu sans possibilité de contrôle. S'ajoute à cela le côté positif et thérapeutique de voir son animal lors d'un séjour en hôpital. Les répondants semblent persuadés de l'effet positif de l'animal sur l'individu et encore plus lors de situation difficile comme un séjour en hôpital. Celui-ci permettrait d'améliorer la qualité de soin et serait facteur d'une guérison plus rapide.

Il ressort aussi que le personnel pourrait être source de motivation additionnelle. L'image du personnel en hôpital est parfois associé à un métier « humain ». On entend par là que les personnes travaillant en hôpital ne travaillent pas que pour « l'argent » mais pour le contact humain et l'envie d'aider. Dès lors, les personnes s'occupant des animaux se verraient sûrement dotés des mêmes qualités et cela amènerait à réduire les préoccupations des patients quant au traitement de leurs animaux.

Thème 7 : les bénéfices perçus

Le premier bénéfice touche à la santé. D'un point de vue physique, avoir son animal à côté de soit permet d'amener le patient à sortir de sa chambre (si il le peut) et à bouger un peu en allant voir son animal et en le promenant, ce qui est bon aussi bien pour lui que pour son animal. De plus, pour le côté révalidation, cela pourrait amener à une reprise plus rapide des membres défaillants et donc à des guérisons plus rapides.

D'un point de vue psychologique, les informants semblent définir cela comme le point le plus important car c'est de cet impact psychologique que découle les impacts physiques. Les bénéfices physiques sont dans un premier temps définis comme une diminution du stress d'abandonner son animal et donc de se sentir « mieux » en ayant un œil sur lui et de contrôler si son animal va bien. S'ajoute à cela la possibilité d'aller voir son animal et donc de s'évader de son séjour en hôpital mais aussi de passer un moment agréable. Un moment avec son animal permettrait au patient de s'éloigner des problèmes du quotidien et amènerait un climat propice à la guérison.

En termes de thérapie est activités, les bénéfices viendront de l'adaptation des exercices et de ce qu'il est possible de faire en amenant à une plus grande motivation mais aussi à des exercices moins rébarbatifs (ex : personne ayant fait un AVC apprendrait les mouvements de base avec un animal).

Certains répondants ont aussi pensé au bénéfice pour l'hôpital avec une réduction des coûts suite à un rétablissement plus rapide, une amélioration des soins et de l'image de l'hôpital et donc une publicité importante. Un bénéfice pour la commune peut être aussi créé par la mise en place d'un service unique et innovant amenant des gens parfois en dehors de la commune à venir tester ce service.

3.6.3. La cohorte gériatrie et personnes de plus de 65 ans

Le bâtiment devrait adopter une forme de U permettant de séparer les services en deux parties distinctes comme expliqué dans le point 3.6.3. Des couleurs et matériaux chaleureux devraient être mis en place afin de rendre le bâtiment agréable, ce qui pourrait impacter positivement le service. Il ressort chez 3 répondants que la lumière a un impact positif et qu'il faudrait donc de grandes fenêtres ou une baie vitrée.

L'intérieur devrait être tout aussi chaleureux avec à l'entrée un accueil permettant d'être pris en charge et aiguillé. Les animaux devraient être séparés afin d'assurer leur sécurité et l'entente au sein du service d'accueil. Il ne doit pas y avoir de cages mais des petites maisons ressemblant à des cages mais plus esthétique.

L'extérieur semble aussi avoir une importance primordiale. Il faudrait que celui-ci soit rempli de verdure à l'instar d'un petit parc avec des bancs et tables. Il faudrait un endroit séparé pour les besoins des animaux et un endroit pour la promenade et la détente. L'extérieur se doit donc d'être joli et accueillant.

Le bâtiment devrait être placé assez proche de l'hôpital permettant un accès facile. Il serait plus pratique de relier les deux bâtiments par un couloir séparant l'hôpital et le centre tout en permettant de le rejoindre sans devoir sortir de celui-ci.

Thème 2 : le service

Le service devrait proposer deux choses : un accueil animalier pour une durée donnée et un centre de visite où le chien ne réside pas mais peut venir passer une heure avec le patient.

Pour le service d'accueil il faudrait tout mettre en place afin que le patient puisse passer un moment avec son animal sans risque et que celui-ci soit bien gardé. Il devrait aussi y avoir une

section rencontre animalière entre patient n'ayant pas d'animaux et des pensionnaires ou animaux prévu à cet effet. Un vétérinaire devrait être présent afin de s'assurer de l'état des animaux à l'entrée, pendant et après le séjour. En ce qui concerne l'horaire, il irait de deux fois par semaine à tous les jours soit entre 8h et 20h soit l'après-midi.

Les qualités principales du personnel seraient la patience, l'empathie, l'amour des autres et des animaux. Les répondants accordent une grande importance au fait de traiter au mieux les animaux et de pouvoir constater que ceux-ci sont heureux. Le personnel doit savoir aussi bien laisser de l'intimité entre l'animal et son maître comme participer à cet échange. Le sourire et la discussion sont des qualités importantes.

Il ne faudrait pas une formation spécifique pour pouvoir garder ces animaux, seulement s'occuper d'eux comme s'ils leur appartenaient.

Thème 3 : la recherche d'information

Tous les répondants semblent vouloir visiter l'endroit avant d'y déposer leur animal. Ils s'accordent donc sur l'importance de mise en place de visite afin de visualiser où et comment leur animal sera traité. Il serait inconcevable de mettre son animal dans un endroit inconnu, citons « n'importe où ». Cela permettrait de rencontrer le personnel et de savoir quels sont les installations mises à disposition (nourriture, jeu, dortoir, ...). Après viennent les appels téléphoniques vers le centre avoir d'avoir des informations ou prendre rendez-vous pour une visite. De manière plus disparate et propre à chaque répondant viennent ensuite : internet, la télévision, les journaux et les médias en général.

Thème 4 : les canaux de diffusion

Le canal de diffusion principal serait interne lors d'une entrée en hôpital par exemple. Il faudrait que l'assistante sociale ou les professionnels en parlent et que l'hôpital mette en place des affiches dans les endroits de passage.

Pour faire connaître le service en dehors des arrivées en hôpital, il faudrait alors s'axer sur les journaux, la radio, la télévision ou internet (site et réseaux). Si ce n'est pas possible de développer une publicité par ces biais, il faudrait réfléchir à une sorte de partenariat avec les médecins traitants ou professionnels extérieurs au CHU afin qu'ils communiquent l'information oralement lors de visites ou par le biais de fiches et fascicules.

Thème 5 : Les freins :

Le frein principal comme les cohortes précédentes se trouve être le prix. Il devrait être défini de telle manière que toutes personnes puissent utiliser celui-ci. Deux personnes sur les quatre répondants ont proposé l'idée d'une assurance permettant, en cas de séjour hospitalier, de prendre en charge la garde de leur animal, les soins et la nourriture.

En ce qui concerne l'hygiène, tout comme les cohortes précédentes, elle devra être irréprochable à défaut de voir toute souscription nulle. Il faut donc assurer une sécurité pour l'animal et pour son maître et donc éviter au maximum tout élément non conforme aux normes d'hygiène. Il faut aussi que le service traite correctement tous les animaux comme si ceux-ci étaient ceux du personnel (sorties régulières, bien les nourrir, petites intentions...etc).

La distance semble être un frein seulement si elle dépasse une certaine limite donnée. Les répondants sont d'accord de parcourir quelques kilomètres afin d'avoir recours à ce service même si un hôpital est plus proche (celui-ci ne proposant pas le service en question) mais il ne faut pas dépasser une certaine distance : « Si c'est à 200km je n'irais pas. ».

Thème 6 : Les motivations

L'animal serait pris en charge par le centre ce qui permettrait de le voir régulièrement et de réduire le stress quant au choix de la personne qui devrait le garder (famille, amis,...) et surtout lors de longues périodes. Cela amènerait donc à une certaine facilité. De plus ça permettrait de le voir tous les jours que si une autre option est choisie alors cela ne serait pas possible.

Le fait aussi que ce service arbore une image plus chaleureuse qu'un chenil et plus humaine qu'un simple « entrepôt pour animaux » alors cela amènerait à une plus grande motivation à souscrire à ce service plutôt qu'un autre.

Thème 7 : Les bénéfices

Le bénéfice serait double, aussi bien pour le maître que pour son chien. En effet, cela amènerait à une baisse de stress, à un soulagement et aurait un effet positif sur le moral des patients. Que l'animal soit considéré comme un compagnon ou comme un ami cela semblerait réduire la peur de laisser celui-ci seul et loin d'une personne âgée. Au plus le lien avec l'animal est fort au plus cette peur grandit et impacte alors la santé du patient. Le bénéfice premier serait donc psychologique et améliorerait la qualité de soin simplement par la mise en place d'un accueil sans réelles thérapies.

Cela semblerait aussi être intéressant pour les personnes souffrant de maladie mentale ou de démences ainsi que pour les enfants afin de réduire leur stress lors d'une admission en hôpital ou un long séjour.

3.7. Conclusion

Il est important de rappeler que les résultats de notre étude qualitative servent à comprendre une situation donnée et doivent être considérés comme une aide à la formation de l'étude quantitative et est donc complémentaire à celle-ci (Malhotra, 2007).

3.7.1. L'évaluation du projet

Le premier but de notre étude était d'abord d'évaluer le bien fondé de notre projet et donc de savoir si celui-ci pouvait avoir l'attrait du public et créer une certaine demande. Malgré qu'il ne soit pas possible d'en tirer une généralité, nous pouvons tout de même définir qu'une étude quantitative est dès lors envisageable en vue des réponses unanimes de la part de l'ensemble des participants, tous ayant répondu favorablement à la mise en place de celui-ci et certains nous disant même : « Je ne comprends pas pourquoi cela n'a pas encore été mis en place ». Nous pouvons donc tirer une première conclusion : nous pouvons mettre en place une étude quantitative afin de définir quelles sont les variables influençant l'adoption d'un nouveau service en milieu hospitalier car l'analyse faite ci-dessus est seulement positive. Si les retours de cette étude avaient été négatifs et si le projet avait subi un rejet total et catégorique nous n'aurions sans doute pas jugé utile de continuer ce projet et l'étude quantitative n'aurait pas eu lieu d'être.

3.7.2. Les contours de l'offre

Le second but était de définir les contours de l'offre et donc de comprendre ce que les futurs clients pouvaient attendre de ce nouveau service et comment ceux-ci pouvaient se le représenter. Nous pouvons donc dans un premier temps définir à quoi devrait ressembler notre projet de manière générale et nous analyserons ensuite, à la lumière des théories expliquées précédemment, quelles pourraient être les variables influençant la souscription à ce nouveau service, ce qui nous permettra de définir par la suite les diverses hypothèses nécessaires à notre étude quantitative.

Dans l'ensemble des trois cohortes, il revient de manière unanime que le bâtiment, ses intérieurs et ce qui l'entoure doit faire naître, pour le souscrivant potentiel, une image chaleureuse et accueillante. Le bâtiment doit donc amener à une cassure avec le monde hospitalier tout en s'intégrant dans celui-ci. Cependant les répondants des cohortes « générales » et « gériatrie » accordent moins d'importance à cette cassure ce qui s'explique par deux éléments : le fait que

le séjour des personnes interrogés est de moins longue durée ou que ces personnes n'étaient actuellement pas en hôpital au moment de l'entretien fait qu'elles n'ont pas pu imaginer et ressentir ce qu'est un séjour long en hôpital et les bienfaits qu'un cadre comme celui-ci peut apporter dans ce genre de moment.

Le service d'accueil doit apporter ce qu'un chenil ordinaire offrirait tout en changeant l'image « d'entrepôt » que ceux-ci peuvent dégager. Il doit donc offrir un traitement exemplaire aux animaux pris en charge tout en permettant au maître de venir voir son animal dans un horaire défini.

Le service de révalidation se doit, quant à lui, de mettre en place l'ensemble des exercices déjà mis en place en révalidation « générale » tout en évitant toute possibilité de contamination. Ce service serait donc ouvert seulement aux personnes ne souffrant plus de plaies pouvant s'infecter au contact de germes. Il devrait aussi offrir un moment d'évasion et une possibilité pour le patient de se ressourcer dans un endroit différent de celui où il passe la majorité de son temps, et ce en présence d'animaux. Il devrait donc y avoir, en plus des activités physiques, des thérapies actives (définies comme soins de santé) et passives (sortir dans le jardin avec un chien, regarder les animaux jouer...etc).

3.7.3. Analyse aux lumières de la littérature

La théorie que nous avons développé dans la première partie de ce mémoire était mise en place afin de définir quels devraient être les questions de notre guide d'entretien pour répondre à « comment un individu adopte un service (comment adopte-il un comportement et quels sont ces étapes de recherches », « pourquoi le fait-il (motivations et attentes) et « quels sont les bénéfices perçus de cette offre ». Pour répondre à la question « comment », nous avons mis en avant le modèle appelé « reasoned-action » (voir annexe 4) définissant l'adoption d'un comportement comme défini par l'intention (ce qu'un individu souhaite faire ou non) qui est fonction de l'attitude (croyance, espérance et mesure de ce que l'individu peut gagner en adoptant ce comportement), des normes sociales subjectives et de la capacité de l'individu à savoir s'il est capable d'adopter celui-ci en fonction de divers facteurs. En ce qui concerne la motivation et la réponse à « pourquoi », nous avons utilisé le modèle « push » définissant un déséquilibre (naissance du besoin) créant une motivation plus ou moins forte à satisfaire celui-ci (voir annexe 9). Le bénéfice perçu semble être la résultante de ces deux théories et leur point d'encrage. En effet, dans les deux théories, l'individu va analyser le bénéfice qu'il pense recevoir afin d'adopter son comportement ou de définir la motivation qu'il aura.

Nous pouvons donc analyser cela dans 3 situations différentes définies par nos informants :

Besoin de faire garder son animal avec possibilité de faire appel à un service de garde ou tout autre « service » équivalent (famille, amis, voisins, proches...etc) lors d'un séjour en hôpital.

The reasoned action :

Nous avons donc une situation dans laquelle l'individu doit garder son animal avec la possibilité de faire appel à un service « non-marchand » ou « marchand ». Dès lors, il va définir son attitude en analysant ce qu'il espère recevoir comme « outcome » en adoptant un service de garde animalière, notre service ou en confiant son animal à un proche.

En laissant son animal en animalerie il pourra choisir l'hôpital qu'il souhaite sans devoir se limiter à celui/ceux ayant ce service de disponible. Cela lui permet donc de ne pas dépendre de proches et donc de réduire le stress dû au fait de devoir trouver quelqu'un et d'être sûr que ça ne le dérange pas. Il s'attend cependant à mettre son animal dans un endroit de type « entrepôt animalier » où les chiens et chats sont mis dans des cages l'une au-dessus des autres sans avoir la certitude qu'ils seront bien traités et sans possibilité de les voir avant leur retour.

En laissant son animal à un proche, il pourra choisir son hôpital sans restriction et évitera de chambouler l'animal en le transférant dans un lieu qui n'est plus comme « sa maison ». Il pourra aussi s'assurer que son animal sera bien traité en demandant à une personne connue et de garder son animal. De plus, il évitera une dépense importante qu'amène l'animalerie. Cependant, il ne pourra pas voir son animal avant son retour et ne pourra pas avoir une certitude quant au fait qu'il soit correctement traité mis à part la confiance aveugle placée en cet hôte.

Dans notre service d'accueil animalier, le patient pourra voir son animal quand il le souhaite et s'assurer de son bien-être. Il s'attend donc à avoir un double bénéfice, voir son animal et s'assurer qu'il va bien. Il s'attend aussi à une réduction du stress amené par les deux premières solutions et une augmentation du bien être par la présence de son compagnon lors de ce moment difficile. Il s'attend également à déposer son animal dans un lieu plus chaleureux et accueillant qu'un chenil mais toujours différent de « la maison » (présence d'autres animaux, cages « stylisées » type maisonnette pour animaux »...).

Il définira ensuite son intention à adopter un comportement en basant son choix sur des normes subjectives. Il fera donc attention à ce qui est défini comme bon de faire par l'ensemble de la société. Il pourra donc se demander s'il est correct de mettre son animal en chenil tout en

sachant l'image qu'il se fait de ceux-ci ainsi que de savoir si il est correct d'abandonner son animal à des inconnus. Il se demandera aussi s'il est correct d'avoir un animal en hôpital, si cela est « normal » et ne prête pas à certains jugements. En ce qui concerne le gardiennage par un proche, il pourrait se demander si cela est convenable de demander à quelqu'un de garder son animal pendant une période aussi longue sans ennuyer cette personne.

En ce qui concerne le « Perceived behavioral control », le patient devra définir s'il est capable de souscrire à un de ces services. Peut-il s'offrir, en termes financier, l'un des deux services marchands ? Il se demandera aussi s'il sera capable d'aller voir son animal une fois en hôpital s'il souscrit aux services d'accueil hospitalier. Il se posera également la question de savoir s'il peut demander à son entourage (connaît-il quelqu'un de disponible à ce moment-là ? pour cette durée donnée ?).

Ces trois variables et analyses mises en place, il définira ce qu'il souhaite faire et ce qu'il ne souhaite pas faire (intention) et cela définira alors son comportement et quel service adopter.

La motivation du consommateur :

Le patient se retrouve donc avec un besoin fort de faire garder son chien. On qualifie celui-ci de fort car il est pressant et a un impact fort sur la vie de l'animal et de son maître s'il n'est pas comblé. Cela crée donc une tension amenant à la création d'une motivation forte (tout comme le besoin) à satisfaire celui-ci. Il va donc par ses capacités de réflexion et de recherche ainsi que par ses expériences passées définir ce qui le motive dans ses choix et donc définir quel service il va adopter afin de combler ce besoin et réduire cette tension. Il définira donc l'ensemble de ce qui le motive et ce qui ne le motive pas. La motivation première du chenil sera de faire garder son animal sans devoir dépendre d'autres personnes mais cela amènerait un coût important et une non certitude du traitement de l'animal dans un environnement vu comme « rustre ». La motivation amenée par le service rendu par une connaissance serait le bien-être de l'animal, celui-ci se retrouvant dans un duplicata de l'endroit où il vivait avant (il quitte une maison pour une maison) mais amènerait à devoir dépendre de quelqu'un et des complications que cela peut amener (si un jour la personne décide de ne plus garder l'animal, que faire sachant qu'on se trouve en hôpital ?).

En ce qui concerne notre service, les incitants et motivations à souscrire à celui-ci serait alors de pouvoir voir son animal dans un cadre chaleureux, différent de celui renvoyé par l'hôpital et de s'assurer du bon traitement octroyé amenant donc à une réduction du stress et à une

augmentation du « bonheur » par la présence de l'animal lors de son séjour. Cependant, cela engendre un coût important pour l'individu.

Par ses connaissances et ses expériences passées il analysera donc ces différentes possibilités et définira celle qui comble le mieux son besoin et fait donc naître une motivation plus forte.

Les bénéfices perçus :

Dans les trois situations les bénéfices perçus sont donc la résultante de la question « comment » et « pourquoi ». Ces bénéfices proviennent donc de ce dont à quoi s'attend comme outcome le futur patient ainsi que ce qui le motive à souscrire à un tel service. On aurait donc un bénéfice perçu qui est fonction de l'attitude et de la motivation de l'individu. Il ressort que pour notre service animalier, les bénéfices seraient donc physiques (continuer à bouger pour voir son animal, la relation avec l'animal continue...) et psychologiques (réduction du stress et de l'inquiétude, augmentation du bien-être grâce aux moments avec l'animal et un éloignement des problèmes qui entourent le patient...).

Besoin de faire garder son animal sans possibilité de faire recours à autre chose qu'un service d'accueil

Les conclusions sont identiques aux conclusions reprises ci-dessus en retirant la possibilité de faire appel à des proches.

Besoin de revalidation en hôpital avec la possibilité de faire appel à un nouveau service de revalidation animalière comme décrit précédemment.

Cette situation diffère des deux premières dans le sens où le patient n'a, dans la plupart des cas, pas choisi son hôpital et se retrouve donc en revalidation du jour au lendemain à la suite d'un accident ou une maladie survenue sans forcément prévenir. Les séjours dont nous allons parler ici sont de type long allant d'un mois à plus de deux ans. Il faut donc bien comprendre contre quoi les patients se battent. Ils se battent contre eux-mêmes et le temps qui passe. Cette situation amène donc le patient à adopter deux types d'humeurs, la première étant l'envie de se battre et la motivation de récupérer au plus vite et la deuxième est un sentiment de surplus et d'abandon. Les exercices deviennent donc redondants et le plaisir de pratiquer ceux-ci ainsi que la

motivation à donner tout ce qu'on peut est réduite par le temps. S'ajoute à cela le fait de ne pas pouvoir sortir et de se sentir comme dans une prison.

The reasoned action :

Dans cette situation, le patient va donc définir son attitude comme ce qu'il espère et attend de ce service. Il voit cela comme une amélioration de la qualité de soin et comme un moyen de combattre le côté « difficile et redondant » des exercices par des exercices qui ne seront finalement jamais identiques car ils se font en présence d'un animal qui n'agira forcément jamais de la même manière. Il recherche donc une cassure avec l'aspect hospitalier mais surtout un moment de relaxation, de détente et de bien-être. Même si ce service n'amène pas une plus-value physique il amènera sans nul doute une plus-value en termes de motivation et en termes de qualité générale du soin. Cependant, les répondants ne semblent pas n'attendre qu'un service de revalidation pure mais un service offrant un panel d'activités tierces à caractère reposant (balade animalière, regarder les animaux, contempler la nature, s'occuper des animaux du côté accueil...etc).

En ce qui concerne les normes subjectives, le patient va prendre en compte le regard des autres lors de l'adoption à ce service. Il va donc se demander si son entourage ne va pas « rire » de lui et du fait qu'il participe à un service qui n'existe pas encore de manière généralisée et qui n'a donc pas encore fait ses preuves. Il prendra aussi en compte le regard de l'inconnu, c'est-à-dire du personnel hospitalier, des personnes visitant ou étant elles aussi proche du service et le jugement de ceux-ci que ce soit par rapport au service ou au handicap propre au patient.

En termes de « Perceived behavioral control » le patient devra définir l'ensemble des éléments personnels (capacité à se déplacer, envie, ...) ainsi que les éléments extérieurs (distance, climat, ...) afin de définir s'il est capable de souscrire à ce service. Le prix aura un rôle important sur cette capacité à souscrire et adopter ce service, il faut que celui-ci soit disponible à toute personne.

Ces trois variables et analyses mises en place, il définira ce qu'il souhaite faire et ce qu'il ne souhaite pas faire (intention) et cela définira alors son comportement et s'il décide d'adopter ce service ou non.

La motivation du consommateur :

Comme expliqué ci-dessus, un long séjour en revalidation peut amener à un besoin fort d'extérioriser et de sortir du cadre hospitalier et donc de rendre les exercices et le séjour plus agréable. Ce besoin, lors des interviews, était si fort que la motivation et l'engouement envers le service étaient bien plus importants que ceux montrés par les deux autres cohortes. Après un certain temps en hôpital, une tension se crée et le besoin se fait ressentir de manière si forte qu'il amène à une motivation importante à satisfaire celui-ci. Ce qui va motiver le patient sera tout d'abord la possibilité de sortir du cadre hospitalier et donc d'avoir cette « cassure » entre la prison et le monde réel. Viens ensuite la possibilité de faire des exercices avec des animaux, ce qui a pour impact d'augmenter l'envie de faire ces exercices mais aussi amène à une motivation accrue à souscrire à ce service car il peut apporter une certaine fraîcheur mais aussi un contact unique que seul l'animal peut apporter et qui permet à patient de se sentir mieux. Le patient va donc définir le meilleur moyen de répondre à ce besoin en fonction de celui qui crée la plus grande motivation. Il peut donc comparer les exercices déjà mis en place, les activités annexes (peinture, dessin, radio, music, tv...) au service et définir lequel crée la plus grande motivation.

Les bénéfices perçus :

Comme pour l'accueil, on retrouve les bénéfices perçus comme étant une résultante de l'attention et de la motivation. C'est donc ce que l'individu pense recevoir et quels bénéfices il pense retirer qui va définir son attitude et donc son comportement mais aussi sa motivation. Les bénéfices sont physiques (revalidation active et passive²⁴) mais aussi et surtout, psychologiques, en permettant à l'individu de s'évader et d'améliorer sa santé mentale (morale, motivation et envie).

²⁴ On parle de revalidation passive quand ce ne sont pas des exercices de revalidation pure (kiné, ergo...) mais le simple fait de se balader ou de se mouvoir jusqu'au centre se définit comme une phase de revalidation indirecte.

Nous pouvons donc conclure trois choses : le projet semble avoir du sens et ce en vue de la théorie déjà existante et de l'avis positif de l'ensemble des répondants. Nous connaissons maintenant les contours de l'offre et pouvons imaginer et définir plus précisément ce que doit être le projet. Pour finir nous sommes maintenant capables de faire ressortir des hypothèses concernant les variables influençant l'adoption d'un nouveau service en milieu hospitalier. Ce dernier point sera vu dans la 3^{ème} partie de ce mémoire concernant l'étude quantitative.

Il est important de parler de la difficulté que nous avons rencontré en interviewant la dernière cohorte (gériatrie et personnes de plus de 65 ans). La capacité à imaginer et comprendre ce projet qui n'existe pas est assez difficile. Les informations sont donc moindres mais viennent confirmer les informations mises en avant par la cohorte « générale ».

Nous avons aussi laissé de côté la cohorte « personnes isolées ». En effet, celle-ci demandait trop de ressource et d'investissement. Cette cohorte demande de rentrer dans la vie privée des personnes, ce qui ne nous a donc pas permis de trouver des répondants acceptant de répondre à nos questions. Malgré cela, les trois cohortes présentes amènent à une conclusion plus ou moins identique, ce qui ne nécessite donc pas d'avoir recours à celles-ci pour assurer le bien fondé de notre projet.

3.8. Méthodologie de l'étude quantitative :

3.8.1. Objectifs de l'étude quantitative :

Il est important, avant toute étude, de comprendre ce que l'on veut et vers où nous allons. L'étude qualitative nous a permis de mieux appréhender le service et les besoins possibles de nos futurs patients. Cependant, il est important de savoir quels types de données et d'analyses nous allons mettre en place. Cette section a pour but d'expliquer les résultats obtenus mais aussi les analyses utilisées afin d'obtenir ceux-ci.

Notre étude qualitative nous a permis de mettre en exergue différents besoins provenant directement de potentiels adhérents à ce service. Cette étude qualitative appuyée par la littérature et les précédentes recherches citées plus-haut nous permet de faire ressortir le modèle suivant : x_1 (éléments tangibles), x_2 (empathie), x_3 (utilité perçue) et x_4 (le plaisir perçu) impactant y_1 (l'attitude envers le projet). Le but de l'étude sera d'extraire les variables ayant un impact sur l'attitude envers le service et de définir quels sont les incitants à souscrire à un nouveau service en milieu hospitalier.

3.8.2. Méthode d'analyse quantitative utilisée :

Dans un premier temps, un questionnaire a été créé afin de pouvoir récolter les données nécessaires à nos futures analyses. Tout d'abord, ce questionnaire explique très clairement le projet afin que nos répondants puissent se faire une image plus claire de celui-ci.

Ensuite nous avons dû trouver différentes échelles de mesure afin de mesurer au mieux nos quatre variables. Celles-ci se décomposent chacune en différents « items » et chaque item correspondra à une question de notre questionnaire (la table reprenant l'ensemble des variables ainsi que leurs items et la question à laquelle ils se rapportent se retrouve à l'annexe 13).

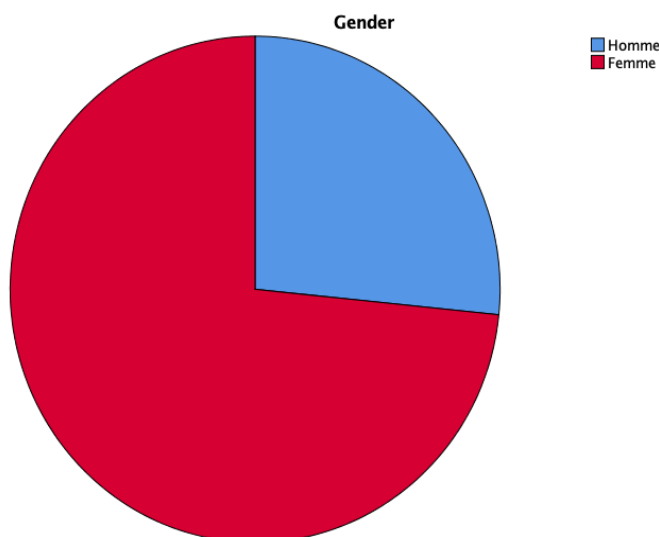
3.8.3. Analyse des données nominales :

Les données nominales collectées permettent d'avoir une représentation plus précise de qui sont nos répondants. Ces données pourront être utiles lors de futures études. En effet, même si cela n'est pas obligatoire dans le cadre de notre recherche, nous pourrions envisager d'utiliser ces données afin d'améliorer l'efficacité des futurs choix managériaux concernant le déploiement de ce service. Nous pourrions envisager des méthodes de clustering²⁵ afin de définir les différents groupes cibles en vue de mieux adapter notre communication (Jain et al 1996).

- Genre :

Gender

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Homme	29	26.6	26.6	26.6
	Femme	80	73.4	73.4	100.0
	Total	109	100.0	100.0	



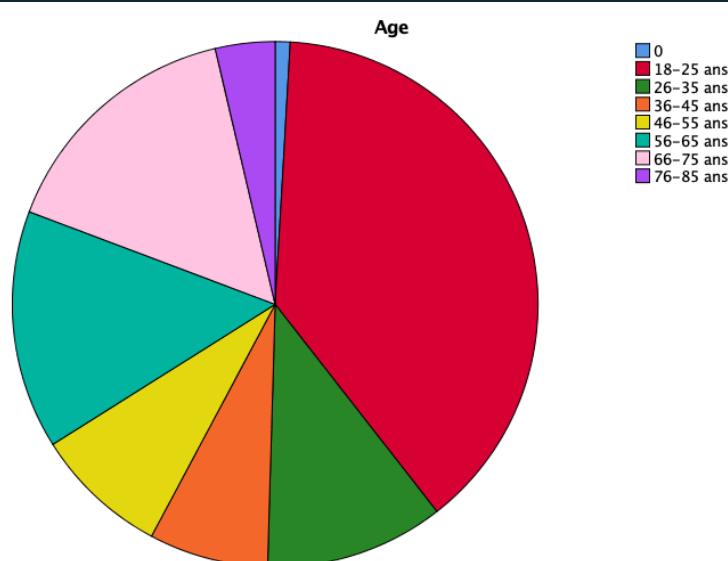
Nous remarquons que le nombre de femmes ayant répondu au questionnaire est bien plus important que le nombre d'hommes. Cela s'explique difficilement, le questionnaire ayant été diffusé via différents moyens (Internet, bouche à oreille, papier,...etc).

²⁵ Nous pouvons définir le clustering comme : “la création de groupe partageant les mêmes caractéristiques. Ces groupes sont créés de manière non-supervisée par l'analyse des différentes données collectées (observations, items, variables,...etc). (Jain et al, 1999).

- Age :

Age

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	.9	.9	.9
	18-25 ans	42	38.5	38.5	39.4
	26-35 ans	12	11.0	11.0	50.5
	36-45 ans	8	7.3	7.3	57.8
	46-55 ans	9	8.3	8.3	66.1
	56-65 ans	16	14.7	14.7	80.7
	66-75 ans	17	15.6	15.6	96.3
	76-85 ans	4	3.7	3.7	100.0
	Total	109	100.0	100.0	

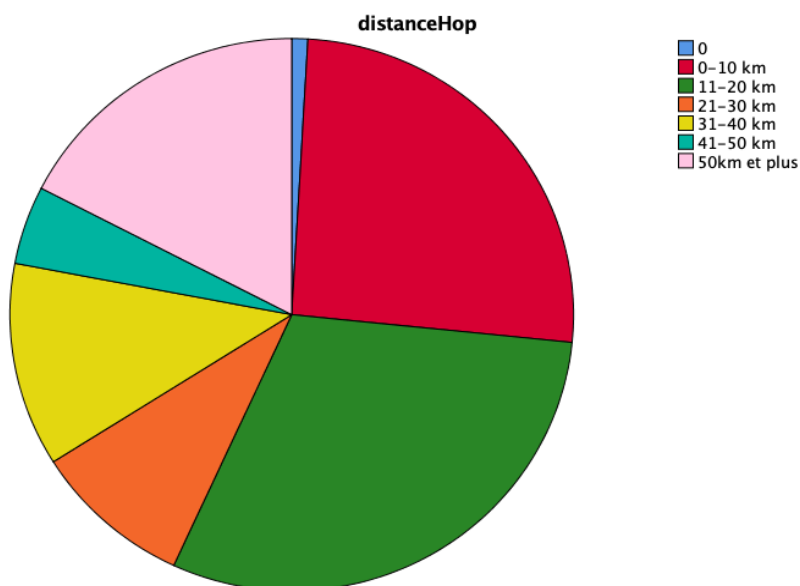


Les personnes âgées de 18 à 25 ans représentent 38,5% de tous les répondants. Cela peut être expliqué par la diffusion sur les réseaux sociaux, ceux-ci étant utilisés par une population majoritairement jeune.

- Distance par rapport à l'hôpital :

distanceHop

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	.9	.9	.9
	0-10 km	28	25.7	25.7	26.6
	11-20 km	33	30.3	30.3	56.9
	21-30 km	10	9.2	9.2	66.1
	31-40 km	13	11.9	11.9	78.0
	41-50 km	5	4.6	4.6	82.6
	50km et plus	19	17.4	17.4	100.0
	Total	109	100.0	100.0	

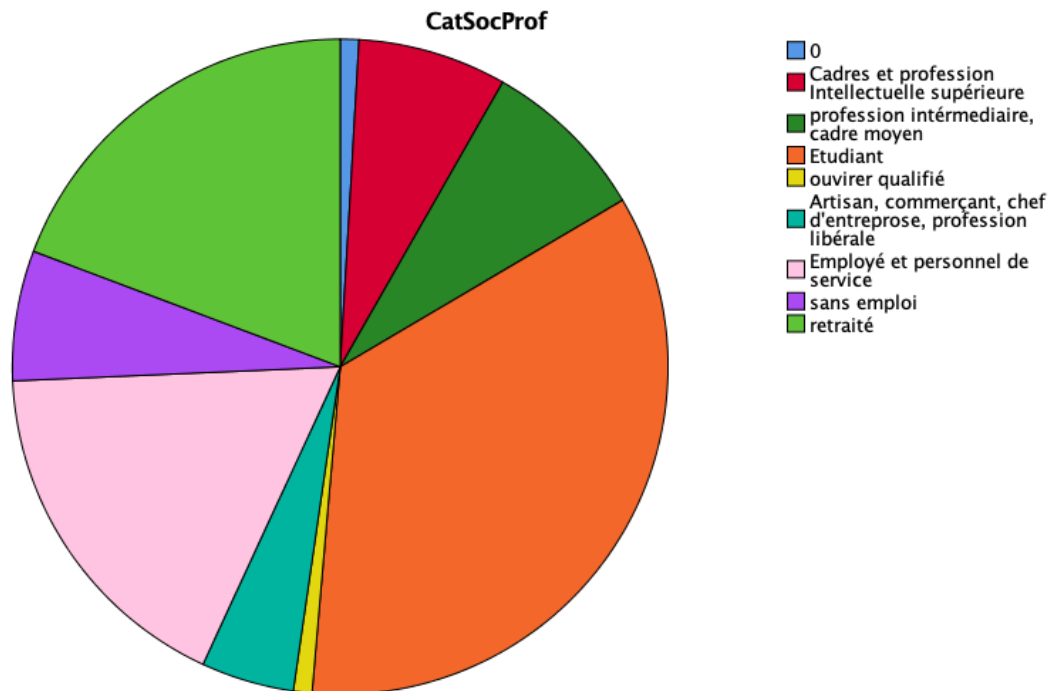


La majorité des personnes vivent à moins de 20km de « leur » hôpital (là où ils se font hospitaliser généralement). Cependant, presque 18% de nos répondants vivent à plus de 50km de celui-ci. C'est une donnée intéressante qui pourrait être utilisée et traitée plus en profondeur. En effet, nous pourrions étudier le lien entre la qualité de soin (et donc la création de notre projet) et l'impact sur l'attraction de celui-ci sur les personnes habitant « loin » de l'hôpital.

- Catégories socio-professionnelles :

CatSocProf

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	agriculteur	1	.9	.9	.9
	Cadres et profession Intellectuelle supérieure	8	7.3	7.3	8.3
	profession intermédiaire, cadre moyen	9	8.3	8.3	16.5
	Etudiant	38	34.9	34.9	51.4
	ouvrier qualifié	1	.9	.9	52.3
	Artisan, commerçant, chef d'entreprise, profession libérale	5	4.6	4.6	56.9
	Employé et personnel de service	19	17.4	17.4	74.3
	sans emploi	7	6.4	6.4	80.7
	retraité	21	19.3	19.3	100.0
	Total	109	100.0	100.0	



Nous constatons que notre population étudiée est plutôt hétérogène en ce qui concerne leurs métiers. La majorité étudiante est expliquée par la diffusion sur les réseaux sociaux et l'âge. Le nombre important de retraités peut être expliqué par la diffusion du questionnaire en gériatrie.

3.8.4. Analyse des données ordinales/métriques :

3.8.4.1. Analyse par composante principale :

Lors de l'exploration des données, il semble évident que le nombre d'items est beaucoup trop important pour mettre en place une analyse correcte. L'utilité d'une analyse factorielle par composantes principales (ACP) est de pouvoir réduire le nombre de données.

En effet, le but sera de réduire ce grand nombre d'items en quelque chose de plus simple à utiliser et à comprendre ce que nous appelons « construct » (Wold, S et al., 1987). Dans la théorie, l'ensemble de nos items proviennent de quatre variables validées. L'ACP devrait dès lors regrouper ces 24 items en 4 variables comme défini précédemment. Cependant, la réalité peut être différente et nos données peuvent amener à certains changements. Il est donc important de vérifier tout cela.

Nous allons donc utiliser le logiciel SPSS afin de mettre en place une ACP variable par variable.

- X1 (éléments tangibles) :

En regardant « Communalities », nous remarquons que la colonne extraction indique un nombre plus petit que 0,5. Cela indique qu'aucun de ces items ne devrait être utilisé car il ne représente pas assez bien la variable. De plus, en ne créant qu'un seul « construct », la variance expliquée n'est que de 45%, ce qui nous conforte dans notre choix. La variable X1 ne devrait pas être retenue (ces tableaux peuvent être consultés en annexe 14).

- X2 (empathie) :

Contrairement à X1, nous n'avons qu'un seul item nommé « ConBusHour » représentant « les heures d'ouvertures pratiques pour le patient ». Il n'est pas retenu (voir annexe 15). Nous recommençons donc l'analyse en enlevant cet item (voir annexe 16). L'ensemble des « communalites » indique que chaque item représente bien la variable qu'il mesure. La table «Total variance explained » indique qu'un seul facteur est créé et que celui-ci explique 70% de la variance, ce qui est convenable. Dans la même optique, nous constatons que dans la table « component matrix », chacun des items sature fortement sur le construct créé. Il est donc correct de garder le construct créé par ces quatres items.

- X3 (utilité perçue) et X4 (plaisir perçu) :

De la même manière que pour les deux variables précédentes, nous faisons deux ACP séparées, nous regardons les « communalities », la « total variance explained » et la « component matrix ». Pour X3 et X4, l'ensemble des items sont gardés afin de construire deux « constructs » différents, où pour X3, 79% de la variance est expliquée par celui-ci. Pour X4, 71% de la variance est expliquée (voir annexe 17).

- Y1 (attitude) :

Pour la variable dépendante « attitude », une réduction est elle aussi mise en place. Les communalities sont toutes au dessus de 0,5. Tous les items sont conservés et un seul construct est créé selon la table « total Variance explained » et la « component matrix ». Ce tableau peut être trouvé en annexe 18.

L'analyse factorielle nous montre donc que 3 « constructs » sont créés : X2 (sans l'item ConBusHour), X3 et X4 comme variables indépendantes et Y1 comme variable dépendante pour pouvoir mettre en place une régression linéaire multiple.

3.8.4.2. Test d'adéquation de Kaiser-Meyer-Olkin et Sphéricité de Barlett

Dans un premier temps, nous avons effectué le test d'adéquation de Kaiser-Meyer-Olkin ainsi que le test de sphéricité de Barlett pour nous permettre de tester la fiabilité ainsi que la validité des réponses en fonction d'items collectés pour chacune de nos variables. Pour X2, X3 et X4, les indices KMO sont respectivement de 0,8 ; 0,84 et 0,85 et la P-valeur du test de Barlett est inférieure à 0,05 ; ce qui définit que ces items sont bien factorisables. La conclusion est identique pour Y1, ses items sont donc bien factorisables. L'ensemble des tableaux contenant les KMO de chaque variable est disponible en annexe 15 à 18.

3.8.4.3. Alpha de Cronbach :

L'analyse par composantes principales a fait ressortir les différents items mesurant au mieux notre variable. Cela nous a donc permis de créer nos « constructs », réduisant ainsi le nombre de variables à manipuler et simplifiant nos analyses.

Cependant il est nécessaire de vérifier si notre échelle, et donc nos items sélectionnés, est suffisamment fidèle pour être utilisée. Cela peut se faire grâce à l'alpha de Cronbach. Si la valeur de celui-ci est supérieure à 0,7 ; alors nous pouvons conclure que notre échelle a une cohérence interne satisfaisante et peut donc être retenue. La matrice de corrélation inter-item nous indique que nos items mesurent bien le même « construct » lorsque chaque corrélation est supérieure à 0,4 (Tavakol et Dennick, 2011).

Pour chacun des « constructs », nous allons vérifier l'alpha de Cronbach ainsi que la matrice de corrélation inter-item. L'analyse des tableaux (annexe 19) nous montre pour nos variables X2, X3 et X4 les alphas suivants : 0,859 – 0,932 et 0,895. Pour notre variable dépendante Y1, nous avons un alpha de 0,858. Pour l'ensemble des variables, les matrices de corrélation inter-item indiquent une corrélation supérieure à 0,4. L'ensemble de nos « constructs » sont donc retenus.

3.8.4.4. Régression linéaire :

De manière générale, une régression est utilisée dans le but d'expliquer l'impact de différentes variables (appelées variables indépendantes notées VI) sur une autre variable (appelée variable dépendante notée VD). La régression est dite simple s'il n'existe qu'une variable dépendante et une variable indépendante. Elle est dite multiple dès lors que plus d'une seule variable indépendante entre en jeu.

Statistiquement, la régression part du principe que deux hypothèses sont définies. L'hypothèse nulle, qui implique qu'il n'y a aucune relation entre VD et VI, et l'hypothèse de recherche qui, à l'inverse, assume une relation entre ces variables. La régression mise en place permettrait de créer le modèle général suivant : $Y_i = (b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_nX_n) + \epsilon_i$ avec Y comme variable dépendante, X comme variable indépendante, ϵ_i comme l'erreur aléatoire et b comme les paramètres estimés du modèle (Kevin Kim et Neil Timm 2006).

Notre but serait donc de définir laquelle des VI a un impact significatif sur notre VD. Pour ce faire, nous ne garderons donc que les « items » retenus par notre ACP formant nos différents « constructs ». Nous aurons donc trois variables indépendantes pour notre régression. Dans un premier temps, une régression simple, variable par variable, sera mise en place. Ensuite, une régression multiple reprenant tous nos « constructs » sera faite et les résultats seront comparés.

Une fois la régression faite, nous allons nous concentrer sur le T-test et la P-value. Une P-value inférieure à 0,05 permet de rejeter l'hypothèse nulle et donc le fait que notre variable indépendante n'a pas d'impact sur notre variable dépendante.

Nos résultats nous montrent que seules deux variables ont un impact significatif sur notre variable dépendante : l'utilité perçue et le plaisir perçu. Elles ont toutes deux respectivement une P-value de 0,006 et 0,000 ; ce qui est inférieur à 0,05 (intervalle de confiance de 95%) et est donc significatif. Le test-t, permettant de trouver ces valeurs et donc de réfuter l'hypothèse nulle disant que nos coefficients sont égaux à zéro, sont de 12.365 et 17.991. La variable empathie se voit rejetée avec une P-value de 0,5. Nous avons donc déterminé que les « constructs » « utilité perçue » et « plaisir perçu » impactent positivement l'attitude du patient envers le service et que les variables « éléments tangibles » (voir point 3.8.4.1.) et « empathie » n'impactent pas l'attitude. Cependant, ces résultats seront discutés dans le point suivant. L'ensemble des tableaux peuvent être trouvés en annexe 20.

3.8.5. Résumé et discussion des résultats :

Les résultats obtenus doivent être nuancés à la lumière de la théorie définie précédemment mais aussi par le chargé d'étude. Ceux-ci sont une aide à la décision mais en aucun cas une vérité absolue.

En effet, les résultats montrent une importance forte donnée à l'utilité perçue et au plaisir perçu. Ce qui semble corroboré avec l'importance de quitter l'hôpital et briser l'image de confinement

et d'ennui que celui-ci dégage. Ces variables ont rapport avec l'utilité et le plaisir que dégage le projet (« Est-ce que cela rendrait ma vie plus appréciable à l'hôpital ? Est-ce que cela me faciliterait la vie à l'hôpital ? ... voir annexe 13 pour la table des items). Cela correspond donc bien avec ce que l'étude qualitative faisait ressortir. Nous pouvons de ce fait conclure que les variables « utilité perçue » et « plaisir perçu » ont un impact positif sur l'attitude envers le service et peuvent être donc définies comme des incitants à souscrire au service.

La variable « éléments tangibles » semble ne pas avoir d'impact sur la souscription au service. Cela voudrait dire que l'individu n'accorde pas ou très peu d'importance aux éléments physiques de l'hôpital. Le rejet des items « employés correctement vêtus » et « installations en rapport avec le service offert » semble parfaitement corroborer avec nos hypothèses de bases. L'importance première serait de changer de routine et de sortir de cet environnement difficile qu'est l'hôpital comme nous le connaissons (toujours d'après ce que nous retirons de notre étude qualitative). Vient ensuite le besoin d'attention et le côté humain et émotionnel (relation avec l'animal et relation avec les professionnels de la santé). Il semble donc logique que si le côté humain prime, l'importance du matériel ait un impact moindre.

Cependant, même si nos analyses démontrent qu'aucun impact n'est présent, cela ne veut pas dire que cela est totalement vrai. De manière générale, les items mesurant la variable X1 proviennent d'une échelle de mesure validée et testée par la littérature. L'analyse ACP devrait alors regrouper l'ensemble de ces items en un et un seul « construct » dans la réalité.

Le fait que la variabilité de nos réponses soit faible et que notre échantillon d'analyse soit « petit » peut avoir un impact sur l'analyse ACP mais aussi sur une régression possible.

Nous allons donc conclure sur ce résultat en alliant savoir humain et outils statistiques. Dire que la variable X1 n'a pas d'impact serait faux dans notre réalité. Il serait plus approprié de dire que celle-ci a un impact moins important. De plus, l'item « matériel visuellement attractif » semble être le seul pouvant être retenu lors de l'ACP en enlevant l'item ayant le moins de « communalités ». Cela correspond à l'idée que notre service devrait avoir une image différente de l'hôpital et donc être attractif par son image nouvelle.

La variable « empathie » n'impacterait pas l'attitude face au service. Ce ne serait donc pas, à première vue, un incitant à souscrire à celui-ci. Statistiquement, cette conclusion est juste. Dans la réalité, elle peut s'expliquer autrement.

Il semble très peu logique que le côté humain soit mis de côté, surtout dans le milieu hospitalier. Cela peut s'expliquer par le fait que, tout comme les éléments tangibles, le côté humain est un prérequis au besoin ressenti en milieu hospitalier. Il est donc censé déjà être présent dans

l'hôpital avant même de souscrire au service. Il peut être vu comme acquis par le patient, diminuant donc son impact sur le nouveau service. De plus, l'importance donnée au changement est la source principale de motivation pour le futur patient (comme expliqué plusieurs fois dans ce mémoire). De ce fait, le répondant met en avant ces variables car celles-ci semblent ne pas être présentes au sein de l'hôpital.

Il faut donc bien comprendre que les analyses et leurs résultats permettent d'aider le chargé d'étude à prendre une décision ou à comprendre une problématique mais en aucun cas ceux-ci ne peuvent être considérés comme vérité absolue. Ce point fait ressortir la réunion entre les résultats statistiques, l'état de l'art ainsi que les connaissances du chargé d'étude permettant d'avoir une image plus réaliste de l'étude de marché et du projet mis en place.

4. Conclusion

De l'idée embrumée de créer un nouveau service à la représentation claire de celui-ci, bien des étapes ont été nécessaires. La littérature et les études préliminaires nous ont permis de mieux comprendre le fonctionnement du milieu hospitalier. Nous avons pu décrire de manière simplifiée comment un hôpital fonctionne mais aussi comment son financement est mis en place : l'hôpital se voit subventionné en fonction de ses journées justifiées (Crommelynck et al, 2013). Si un patient est hospitalisé pour une infection pendant une période plus longue que la moyenne d'hospitalisation en Belgique, ces journées supplémentaires ne sont pas prises en compte dans la somme des journées justifiées (ce supplément est considéré comme injustifié et donc non subventionné et à charge de l'hôpital). Le but premier de ce service de revalidation et d'accueil animalier était de réduire la durée de séjour et donc de réduire le nombre de journées non justifiées. Nous nous sommes basés sur le fait que les personnes ayant des animaux de compagnie et ne pouvant pas faire garder ceux-ci attendaient d'être extrêmement malades avant de se faire hospitaliser, ce qui augmentait considérablement les journées d'hospitalisation pour une même maladie. L'idée de créer un nouveau service d'accueil était née.

Une étude de marché qualitative a donc été mise en place. Celle-ci avait pour but d'évaluer le bien fondé de notre projet et de sonder l'avis du public mais aussi de définir quels étaient les contours de l'offre, ce que les futurs patients pouvaient attendre de ce nouveau service et donc les incitants qui pourraient potentiellement impacter la souscription au service. Quinze entretiens en profondeur ont été réalisés afin de répondre à nos questionnements. De ces entretiens et grâce à la littérature déjà présente, nous avons pu conclure que le projet était légitime et avait un fort attrait pour tous les répondants. De plus, nous avons pu définir précisément les contours de l'offre, mais aussi les variables à tester lors de l'étude quantitative.

L'étude quantitative avait pour but de comprendre quelles variables et items avaient un impact sur l'attitude de l'individu envers le service. Différentes analyses ont été réalisées afin d'évaluer chacun des items et de définir ceux qui représentaient au mieux la variable mesurée dans notre réalité. Nous souhaitions également connaître les variables qui impactaient l'attitude de l'individu envers le service. Le but était donc de répondre à notre question de recherche « Quelles sont les variables influençant l'adoption d'un nouveau service en milieu hospitalier ? ».

Deux variables ont montré un impact significatif sur l'attitude : l'utilité perçue et le plaisir perçu. Les variables « éléments tangibles » et « empathie » sont rejetées et ne semble pas avoir d'impact significatif. Il est toutefois important de nuancer ces deux rejets.

En effet, les variables « éléments tangibles » et « empathie » ne semblaient pas avoir d'impact. Cependant, dans la réalité, cela ne semble pas totalement juste. En utilisant les résultats statistiques, la théorie et le savoir humain, il a été possible de démontrer que l'impact n'est pas nul mais moindre que pour nos deux premières variables. Nous avons également pu expliquer ce résultat. L'importance principale accordée au nouveau service est liée à la possibilité pour le patient de sortir de sa routine hospitalière et donc de se changer les idées et d'améliorer ses conditions de soins. Les thérapies et revalidations animalières permettraient donc d'avoir le changement nécessaire pour que le patient retrouve une certaine « joie » durant son séjour. Les éléments tangibles se voient donc mis au second plan car l'individu

donnerait plus d'importance à ce changement d'environnement plutôt que, par exemple, aux technologies derniers cris utilisées ou à l'architecture du bâtiment. En ce qui concerne le côté humain exprimé par la variable empathie, cette variable ne peut pas être considérée comme non-impactante. Celle-ci étant une composante principale des relations sociales et humaines, il semble impensable qu'elle ne soit pas présente dans le milieu hospitalier, surtout après l'étude qualitative qui semblait mettre celle-ci en avant. Il semblerait donc que l'empathie ait un impact moindre et ce peut-être à cause du fait qu'elle soit considérée par le patient comme déjà présente dans l'hôpital et donc moins importante pour combler le besoin de changement présent.

Nous pouvons donc conclure que la création de ce service pourrait aider à améliorer la qualité des soins mais aussi la qualité de vie des patients au sein de l'hôpital et ce, même pour les séjours de moins d'un mois. Les analyses qualitative et quantitative vont toutes les deux dans la même direction. Il faut arriver à améliorer le quotidien des patients en séjour à l'hôpital. Ce service permettrait de répondre aux besoins des patients mais aussi aux besoins de l'hôpital. Il y aurait donc un double impact, physique et psychologique, permettant d'améliorer la qualité des soins et de vie du patient mais aussi de diminuer la durée de séjour en hôpital. Cela permettrait aussi aux personnes n'ayant pas la possibilité de placer leurs animaux de mettre ceux-ci dans un endroit proche d'eux permettant de les voir régulièrement et de vérifier que ceux-ci sont bien traités, contrairement à l'image de prison que les chenils ont auprès du public.

Cependant, certaines pistes peuvent être encore explorées. Cette étude pourrait être réalisée sur un échantillon plus grand afin de comparer les résultats. La théorie de Ajzen sur le « Reasoned action » définit que l'attitude impacte l'intention. On peut donc définir par notre étude que nos variables impactent l'attitude envers ce nouveau service et par la théorie que l'attitude impacte l'intention. Dès lors, agir sur ces variables impacterait l'intention de l'individu à souscrire au service. Cependant, il serait intéressant de mesurer l'impact de l'attitude envers le service sur l'intention de souscrire à celui-ci afin d'avoir une approche plus précise sur le sujet. Il serait aussi intéressant de vérifier les normes devant être respectées afin que le projet puisse voir le jour. Une fois les normes légales et propres à l'hôpital établies, un business plan reprenant un plan marketing et financier devrait être mis en place afin d'évaluer l'ensemble du projet et d'avoir une image claire de la faisabilité de celui-ci.

5. Bibliographie et annexes

5.1. Bibliographie :

Ouvrages :

Ajzen et Fishbein (1975), Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory and research, Addison-Wesley, Massachusetts

Beaufays, J-P., & Giffroy, J-M. (2005), Evolution des relations homme-animal, *Rev.Quest. Scientif*, 176, pp 275-288.

Blackwell R.D., Miniard P.W., Engel J.F., (2006), Consumer behavior, Mason, Thomson South-Western (10ème édition)

Giannelloni et Vernet (2001), Etudes de marché, vuibert, Paris (2ème édition)

Kevin Kim et Neil Timm (2006), Univariate and Multivariate General Linear Models: Theory and Applications with SAS, Chapman & hall/CRC, Broken Sound Parkway (2ème édition)

Malhotra (2007), études marketing avec SPSS,pearson, Paris (5ème édition)

Rigaux (2015), Introduction à la sociologie par sept grands auteurs, De boeck

Schiffman et Kanuk (2004), consumer behavior, pearson, New jersey

Wright (2006), Consumer behavior, Thomson, UK

Articles :

Berry et Bendapudi (2007), « Health Care : A Fertile Field for Service Research », *Journal of Service Research*, pp 111-122

Bray (2008), “Consumer Behaviour Theory: Approaches and Models”, *Discussion Paper Unpublished*, pp 2-28

Chimi et Russell (2009), “The Likert Scale: A Proposal for Improvement Using Quasi-Continuous Variables”, *Proc ISECON*, pp 1-10.

Conner et Armitage (1998), “Extending the theory of Planned behaviour: A review and avenues for further research”, *Journal applied social psychology*, pp 1429-1464

Crommelynck, Degraeve, Lefèbvre (2013), “L’organisation et le financement des hopitaux”, *Fiche info mutualité chrétienne*

Durand (2007), « Nouveau-né et animal de compagnie : chacun a sa place », *Enfance et psy*, pp 76-83

E. Cherniack et R. Cherniack (2014), “The benefit of pets and animal-assisted therapy to the health of older individuals”, *hindawi publishing corporation current gerontology and Geriatrics research*, pp 1-9

Gee, Muller et Curl (2017), « Human-animal interaction and older adults: an Overview », *Frontiers in Psychologique*

H. Lee (2005), « An application of a five stage consumer behaviour decision making model », Master of business administration, Simon Fraser University, British Columbia, Canada

Kummervold PE, Chronaki CE, Lausen B, Prokosch HU, Rasmussen J, Santana S, Staniszewski A, Wangberg SC (2008) “eHealth trends in Europe 2005-2007: a population-based survey”, *J Med Internet Res*

Leana S. Wen et Suhavi Tucker (2015), « What Do People Want from Their Health Care? A Qualitative Study », *Participatory Medicine*

Nisson et Earl (2015), “The Theories of Reasoned Action and Planned Behavior: Examining the Reasoned Action Approach to Prediction and Change of Health Behaviors”, *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology*

Pasta (2009), “Learning When to Be Discrete: Continuous vs. Categorical Predictors”, *ICON Clinical Research*, pp 1-10.

Roussel (2000), “La motivation au travail – concept et theories”, *Les grands auteurs en GRH*, n° 326, pp 3-20

Saulnier (x), Les fiches outils ressources humaines, *iae Toulouse*

Southey (2011), “The Theories of reasoned action and planned behaviour, Behaviour applied to business decisions: A selective annotated bibliography”, *Journal of new business ideas & trends*, pp 43-50

Tavakol et Dennick (2011), “Making sense of Cronbach's alpha”, *International journal of medical education*, pp 53–55.

Thomas, Nicholl et Coleman (2002), « Use and expenditure on complementary medicine in England : a population based survey », *Medical Centre Research*

Trafimow (2009), “the theory of reasoned action”, *Theory & psychology*, pp 501-518

Van Eerde et Thierry (1996), “Vroom's expectancy models and work-related criteria: a meta-analysis”, *Journal of Applied psychology*, pp575-586

Wold, S., Esbensen, K., & Geladi, P. (1987). “Principal component analysis”, *Chemometrics and Intelligent Laboratory Systems*, pp 37–52.

Sources internet :

AMAC training, « Models and theories of health behaviour (4): The Theory of Reasoned Action », <http://amactraining.co.uk/resources/handy-information/free-learning-material/models-and-theories-of-health-behaviour-change-index/models-and-theories-of-health-behaviour-4/>

Battandier (2009), « Motivation – théorie VIE de Vroom », <http://alain.battandier.free.fr/spip.php?article9>

CHU en Poche (2016), http://www.uclmontgodinne.be/files/2016_chu_en_poche.pdf

English Oxford living dictionaries, « definition of benefit in English », <https://en.oxforddictionaries.com/definition/benefit>

English Oxford living dictionaries, « definition of motivation in English », <https://en.oxforddictionaries.com/definition/motivation>

Fishbein & Ajzen (2010) dans ResearchGate, « The reasoned action model », https://www.researchgate.net/figure/260580585_fig1_Figure-1-The-reasoned-action-model-Fishbein-Ajzen-2010-p-22

Groupe cdH au Parlement wallon (2014), « Le nombre de lits dans les hôpitaux wallons dans le cadre de la réforme de l'Etat », <http://www.cdh-wallonie.be/notre-action-au-pw/archives/interpellations/le-nombre-de-lits-dans-les-hopitaux-wallons-dans-le-cadre-de-la-reforme-de-l2019etat>

MBA Skool, « Definition : product benefits », <https://www.mbaskool.com/business-concepts/marketing-and-strategy-terms/12287-product-benefits.html>

Lebrun, Pierre-Brie dans Cairn info, « La vie privée », <https://www.cairn.info/revue-empan-2015-4-page-168.htm>

Santé Wallonie, « Hôpitaux et services universitaires », <http://sante.wallonie.be/?q=sante/soins-hospitaliers/legislation/hopitaux-universitaires>

Shaw Alain (2015), « The Consumer Decision Model: Need Recognition and Other Influences », <http://www.strategic-planet.com/2015/06/the-consumer-decision-model>

Site officiel CHU Dinant Godinne, « A propos du CHU », <http://www.uclmontgodinne.be/gabout.php>

Wikipedia, « Theory of planned behavior », https://en.wikipedia.org/wiki/Theory_of_planned_behavior

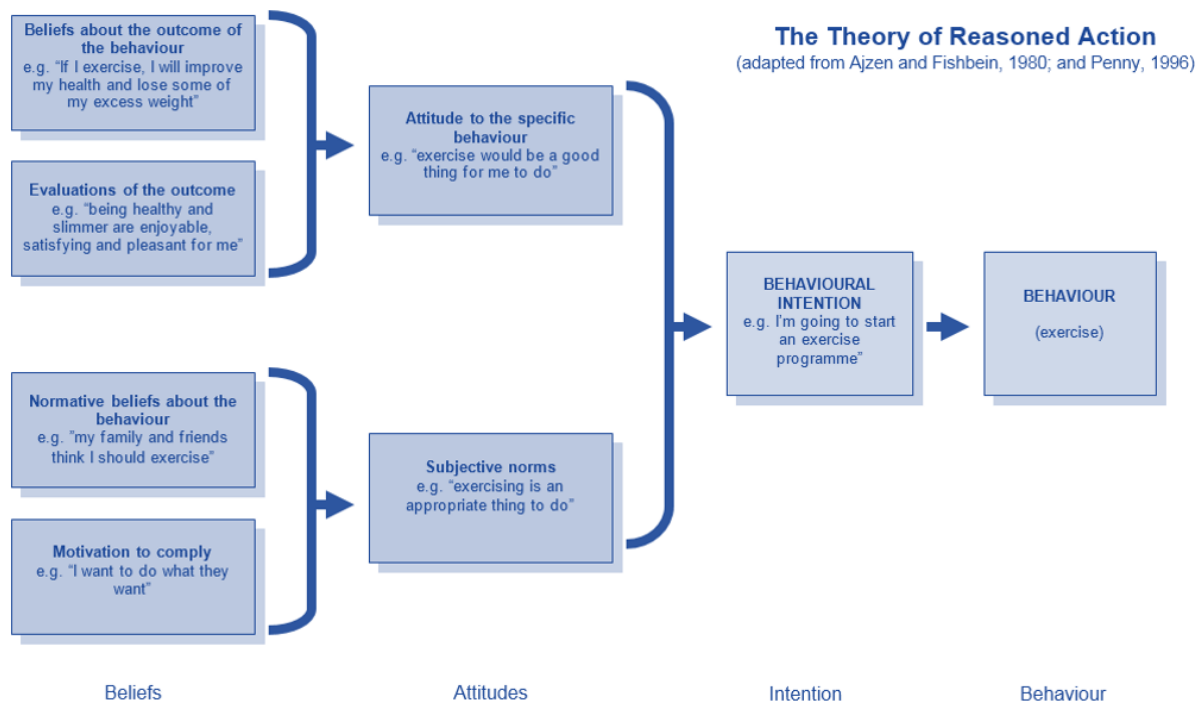
5.2. Annexes :

Annexe 1 :

Tableau 3 : Normes fédérales et critères pour les hôpitaux belges		
	Applicables à...	Exemples
Normes de base	Ensemble de l'hôpital	Superficie par lit de 8m ² au moins ; garantir l'accessibilité aux ambulances ; les visites aux patients doivent être réglementées par le règlement d'ordre intérieur ; les données relatives aux patients doivent être traitées dans le respect de la vie privée ; ...
	Ensemble de l'hôpital	Disposer d'un minimum de 150 lits, d'une fonction de radiologie et d'une fonction d'officine hospitalière ; ...
Normes complémentaires	Chaque service hospitalier séparément	Au moins 24 lits disponibles pour un service de gériatrie ; au moins 400 accouchements durant trois années consécutives pour un service de maternité ; taux d'occupation de 70 % au moins durant trois années consécutives pour un service de pédiatrie ; ...
	Groupement	Comité de coordination obligatoire ; ...
Normes spéciales	Association	Comité d'association obligatoire ; comité médical commun ; ...
	Fusion	Hôpitaux situés à une distance de 35 km maximum ; lits d'un même service sur le même site ; élaborer un plan de fusion ; ...
	Fonctions hospitalières	Soins intensifs : minimum 6 lits surveillés ; officine : organisation d'un service de garde ; néonatalogie : locaux de soins chauffés à 25° au moins ; hôpital de jour chirurgical : disposer d'un propre bloc opératoire séparé ; ...
	Services médico-techniques	RMN : au moins 4 radiologues à temps plein ; Radiothérapie : au moins 500 nouveaux patients par an ; centre des grands brûlés : au moins 6 lits, dont au moins 3 chambres d'isolement ; ...
	Hôpital universitaire	Par service, 2 unités de soins au moins de 25 lits chacune ; autopsie obligatoire en cas de 20 % au moins de décès en service C ; ...

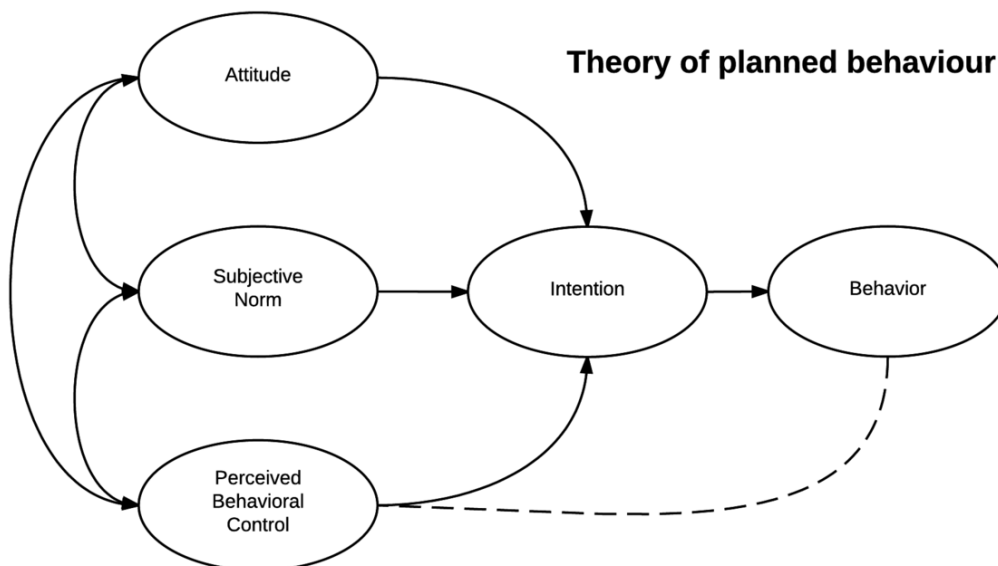
https://www.mc.be/binaries/mc-informations_253_fiche-info-hopitaux_tcm377-130594.pdf page 8 consulté le 15 novembre 2017 à 13h11

Annexe 2 :



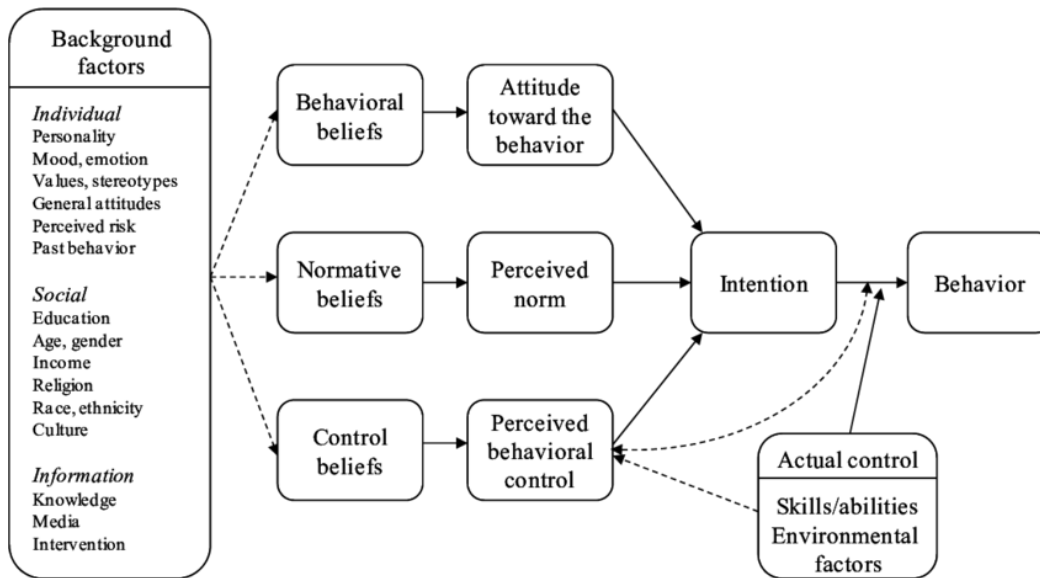
<http://amactraining.co.uk/resources/handy-information/free-learning-material/models-and-theories-of-health-behaviour-change-index/models-and-theories-of-health-behaviour-4/> consulté le 17 oct. 17 à 14h23

Annexe 3 :



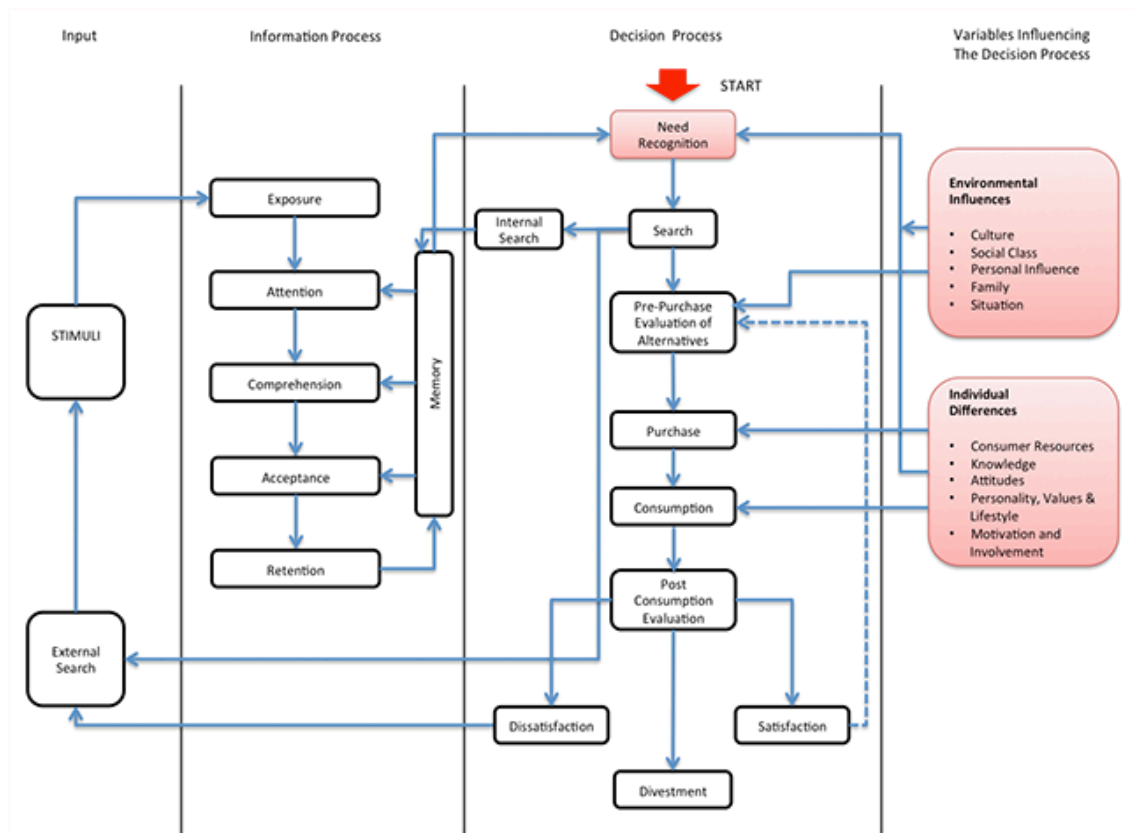
https://en.wikipedia.org/wiki/Theory_of_planned_behavior image consulté le 17 oct. 17 à 14h48

Annexe 4 :



https://www.researchgate.net/figure/260580585_fig1_Figure-1-The-reasoned-action-model-Fishbein-Ajzen-2010-p-22 image consultée le 17 oct. 17 à 14h54

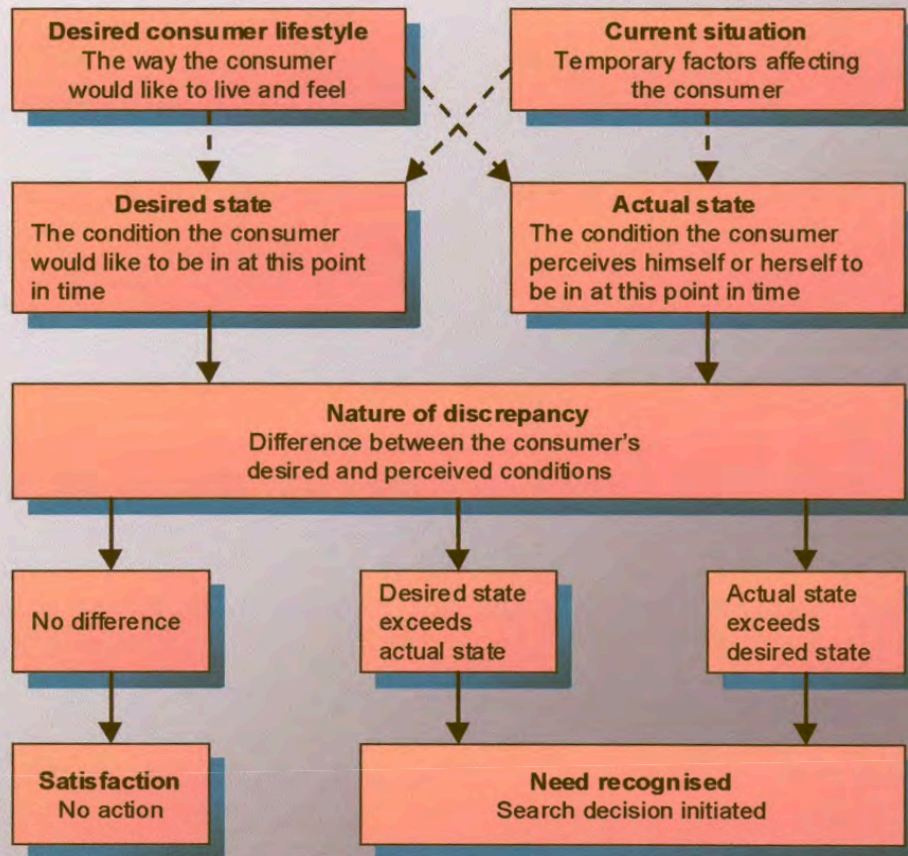
Annexe 5 :



<http://www.strategic-planet.com/2015/06/the-consumer-decision-model/> consulté le 14 novembre à 11h5

Annexe 6 :

FIGURE 3.3: THE NEED RECOGNITION PROCESS

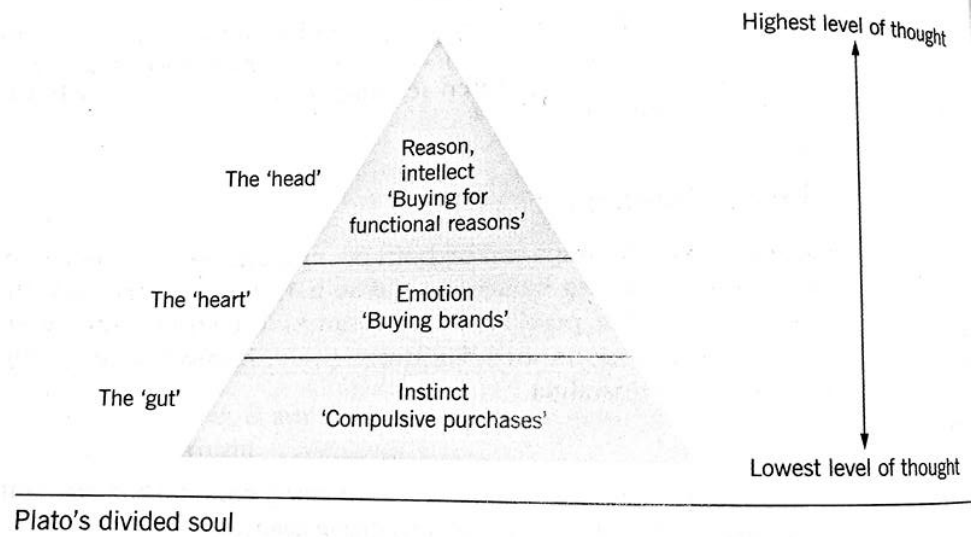


Source: Adapted from Hawkins et al. (2001: 510)

Blackwell R.D., Miniard P.W., Engel J.F., (2006), Consumer behavior, Mason, Thomson South-Western (10ème édition)

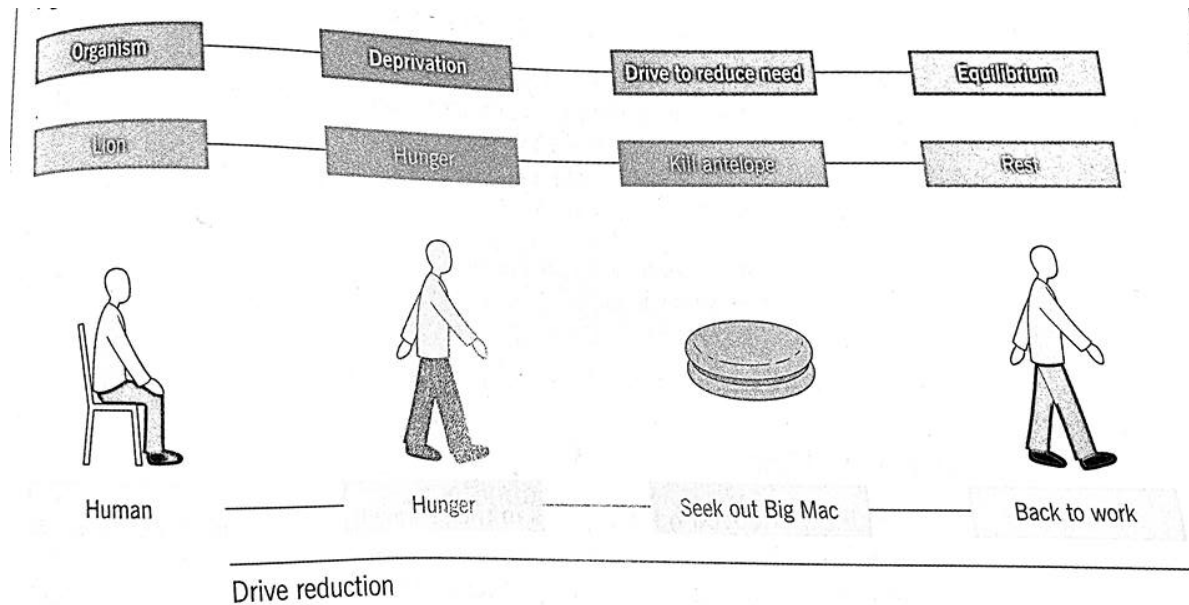
Annexe 7 :

Figure 5.2



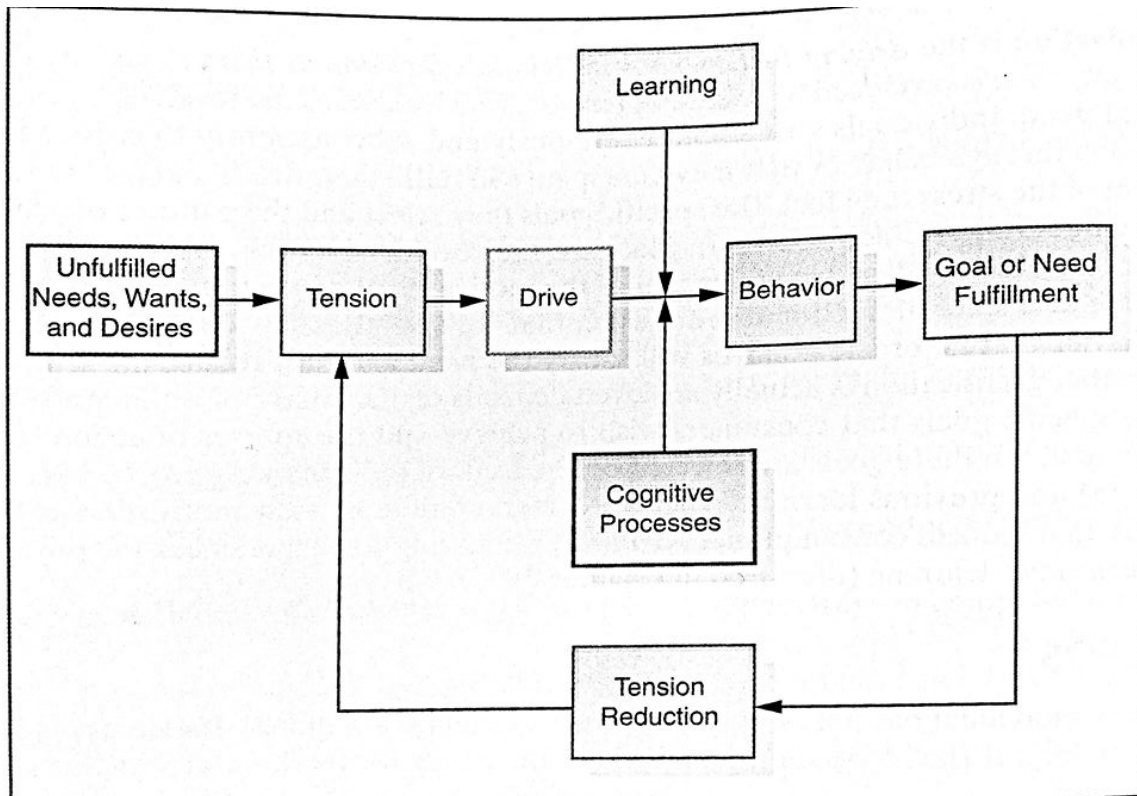
Wright (2006), Consumer behavior, Thomson, UK

Annexe 8 :



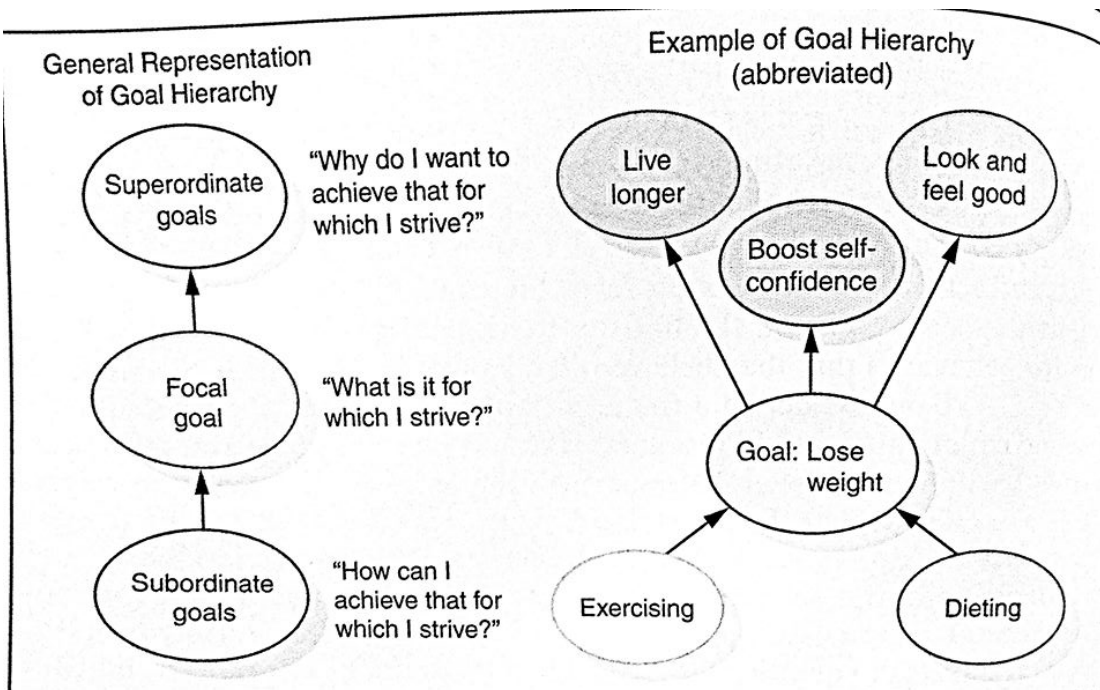
Wright (2006), Consumer behavior, Thomson, UK

Annexe 9 :



Schiffman et Kanuk (2004), consumer behavior, pearson, New jersey

Annexe 10 :



Schiffman et Kanuk (2004), consumer behavior, pearson, New jersey

Annexe 11 : Guide d'entretien qualitatif

5.2.1.1.1. Phase introductive :

« Bonjour, j'aimerais tout d'abord vous remercier d'avoir accepté de participer à cette étude qui porte sur la création d'un centre d'accueil et de thérapie animalière en milieu hospitalier et vous demander de combien de temps disposez-vous ? Je vais vous poser une série de questions, vous y répondez comme vous le souhaitez. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Je vous demande donc de répondre spontanément et clairement. Dans le cadre de cette discussion j'aimerais vous enregistrer afin de ne pas devoir noter l'ensemble de celui-ci.

Il est évident que l'ensemble de ce qui est exprimé ici, en ce moment, restera confidentiel. L'enregistrement est là pour me permettre de mieux capter et comprendre l'ensemble des vos émotions, ressentis et besoins.

5.2.1.1.2. Thème d'échauffement :

Avant de commencer mes questions, je me présente. Je suis Romain Skubis étudiant à l'Université de Namur, j'ai 23 ans. Je suis actuellement stagiaire en milieu hospitalier.

Afin de mieux vous connaître j'aimerais d'abord que vous vous présentiez :

- Quelle est votre situation familiale ?
- Quels est/a été votre métier ?
- Quels sont vos loisirs ?

Quelle place occupe les animaux dans votre vie ?

Parmi l'ensemble des animaux sur la planète, quels est votre préféré ? Pourquoi celui-ci ?

5.2.1.1.3. Topo général :

Maintenant, imaginons que nous nous retrouvons sur une autre planète, sur un terrain plat et vert où il fait beau. Vous avez votre animal de compagnie avec vous. Vous êtes directeur/directrice d'un hôpital et il vous est demandé de créer un service d'accueil et de thérapie animalier. Cela consiste en un endroit permettant la garde ou la visite d'animaux pour les patients hospitalisés et parallèlement la mise en place de soins thérapeutiques ou activités avec la présence d'animaux spécialisés (les animaux de thérapies/activités sont différents de ceux accueillis par le service d'accueil). Le but étant, dans un premier temps, de permettre aux personnes hospitalisées de continuer à voir leurs animaux durant la durée de l'hospitalisation. Dans un deuxième temps, le but serait de permettre la mise en place de thérapies et d'activités avec présence animalière. Ces thérapies et activités ont plusieurs objectifs comme par exemple, lors de séances de révalidation suite à une blessure à la jambe, de permettre au patient d'apprendre à réutiliser celle-ci non pas par de la marche sur tapis mais via un parcours sécurisé accompagné d'un chien d'aide à la marche et de son accompagnateur.

Imaginez maintenant que vous avez le pouvoir de création, vous devez créer ce lieu que feriez-vous dans l'idéal ?

Relance :

- Comment se présente le bâtiment extérieurement (forme, couleurs, situation...) ?
- Comment se présente-t-il intérieurement (pièces, couleurs, ameublement, outils...) ?

Qu'est-ce qui pourrait vous pousser à faire appel à ce service ?

Pourquoi pourriez-vous ne pas faire appel à ce service ?

Quels seraient les bénéfices pour vous d'un tel service ?

5.2.1.1.4. Discussion spécifique :

Thème 1 : Les attentes du consommateur :

Revenons maintenant à la réalité sur notre planète. Vous avez besoin d'entrer en hôpital pour une durée de plusieurs jours/semaines (maladie, revalidation...etc.) et vous avez toujours votre animal de compagnie avec vous. Un nouveau bâtiment a vu naissance près de l'hôpital et permet de prendre en charge votre animal et de suivre des thérapie/activité accompagnées d'animaux spécialisés. Pour vous, dans l'idéal :

Vis-à-vis du bâtiment :

Imaginez-vous le bâtiment de l'extérieur. Comment se présente-t-il ?

Qu'est ce qui entoure ce bâtiment ?

Où se situe-t-il par rapport à l'hôpital ?

Comment le rejoindre depuis l'hôpital ?

Vis-à-vis du service d'accueil :

Que devrait offrir ce service ?

Quels sont les installations essentielles à la création de ce nouveau service ?

Quand pouvez-vous rendre visite à votre animal ?

Quels sont les personnes qui s'occupent de ce service ?

Qu'est ce qui est primordial chez une personne qui s'occupe de ce service ?

Vis-à-vis du service de thérapies/activités animalière :

Que devrait offrir ce service ?

Quels sont les installations essentielles à la création de ce nouveau service ? (Pour rappel, les activités assistées par un compagnon animal consistent par exemple, lors de séances de revalidation, que l'on vous propose non pas de courir sur tapis mais plutôt un parcours sécurisé avec un chien de marche et son maître).

Quels sont les horaires d'accès à ces séances ?

Quels sont les personnes qui s'occupent de ce service ?

Qu'est ce qui est primordial chez une personne qui s'occupe de ce service ?

Thème 2 : recherche d'informations

Imaginez une personne vient vous demander conseil car elle ne trouve pas de solution pour faire garder son animal de compagnie lors de son entrée à l'hôpital dans quelques jours. Comment feriez-vous afin de récolter les informations nécessaires pour de répondre à son questionnement ? (Relance : Pouvez-vous me décrire le plus précisément possible les étapes de votre recherche ?)

Dans quelles mesures feriez-vous appel à un membre du service afin d'avoir des informations ?
(Ex : Appel d'une personne à l'accueil)

Comment doit se présenter une publicité afin de vous donner les informations nécessaires

Dans quelles mesures feriez-vous appel à des connaissances afin d'avoir ces informations
(Famille, connaissance, rencontre...) ?

Dans quelles-mesures iriez-vous chercher dans des magazines ou journaux afin d'avoir ces informations ?

Thème 3 : Les freins et les motivations

Imaginons que vous ayez trouvé 2 alternatives : notre service en hôpital et un autre service extérieur. Comment feriez-vous pour choisir entre ces deux services ?

Dans quelles mesures les attentes que vous avez par rapport au service impacterait votre motivation à adopter ce service ?

De quelle manière le prix du service impacterait votre envie de souscrire à ce service ?

De quelle manière la qualité du service vous amènerait à (re)souscrire celui-ci ?

De quelle manière l'ensemble des informations récoltés positive ou négative impacteraient votre propension à souscrire à ce service ?

De quelle manière la facilité d'accès et de souscription impacterait votre motivation à souscrire ?

De quelle manière l'image de l'hôpital impacterait votre propension à utiliser ce nouveau service ?

Thème 4 : les bénéfices

De quelle manière avoir la possibilité de voir votre animal pendant votre hospitalisation pourrait être bénéfique pour vous ?

Quelles seraient les bénéfices pour votre animal ?

Quelles seraient les plus d'avoir ce genre de thérapies/activités plutôt que des méthodes plus conventionnelle (ex : Tapis roulant/Marche accompagné)

Que pensez-vous de cette affirmation : « Les personnes souffrant de maladies cognitives (Démence, Alzheimer...) ou physiques ont vu leur santé mentale et physique s'améliorer grâce aux thérapies et activités animalières » ?

J'aimerais, pour finir, avoir votre avis sur le service d'accueil d'animaux qu'un nouveau bâtiment offre : « Un lieu où l'on prend soin de vos compagnons pendant votre séjour, où il est possible de leur rendre visite durant des horaires donnés ainsi que d'interagir avec eux. Un lieu où il est possible d'avoir accès à de nouvelles thérapies et activités médicales avec des animaux permettant d'améliorer la santé des patients ? »

5.2.1.1.5. Clôture de la discussion :

Voilà, nous touchons à la fin de notre entretien. Quels ont été pour vous les idées les plus intéressantes lors de notre discussion ? Et pourquoi ? Auriez-vous des critiques à émettre ?

Je vous remercie pour votre temps et votre sincérité. Je vous souhaite une belle journée.

FIN

Annexe 12 : thèmes étudiés

Les thèmes se déclinent comme suit :

- Le bâtiment et ses extérieurs :
 - Disposition externe
 - Disposition interne
 - L'extérieur
 - Situation géographique
- Le service offert
 - Les installations et activités
 - Les horaires
 - Le personnel
 - Les formations
- La recherches d'informations
 - Les outils de recherches
- Les canaux de diffusions
 - Les outils de diffusions
 - L'aspect
- Les freins et motivations à la souscription
 - Le prix
 - La propreté
 - La qualité du service
 - Le personnel
 - Le regard des autres
 - L'image du service
- Les bénéfices attendus

Annexe 13 : Tableau d'items pour l'étude quantitative

<u>Vari able</u>	<u>Défin ition</u>	<u>Source</u>	<u>Item de base</u>	<u>Item modifié en français</u>	<u>Questionnaire de base</u>	<u>Questionnaire Final</u>
<i>Tangibles (éléments tangibles) – F1</i>	ce qui est perceptible par le toucher	A Parasuraman, A Zeithaml et L. Berry, <i>Service quality : une échelle multi-items de mesure des perceptions de la qualité de service par les consommateurs</i>	4 items : Q1 : Modern equipment Q2 : Visually appealing facilities Q3 : Employees who gave a neat, professional appearance Q4 : Visually appealing materials associated with the service	4 items : Q1 : équipement récent Q2 : Matériel visuellement attractif Q3 : Employés correctement vêtus et d'apparence soignée Q4 : Aspect des installations matérielles en rapport avec le service offert	Q1 : Elles devraient posséder un équipement récent. Q2 : Leurs installations matérielles devraient être visuellement attractives Q3 : Leurs employés devraient être correctement vêtus et d'apparence soignée Q4 : L'aspect des installations matérielles de ces entreprises devrait être en rapport avec les services offerts	Q1 : Le service proposé devrait avoir des équipements modernes Q2 : Les installations matérielles (lumières, ordinateurs, meubles, équipements...) devraient être visuellement attractives. Q3 : Les employés de ce service (du chef de médecine physique au maître dresseur en passant par la(le) secrétaire et les infirmiers) devraient être correctement vêtus et d'apparence soignée. Q4 : L'aspect des installations (lumières, ordinateurs, meubles, équipements...) du service proposé devrait être attrayant et en cohérence avec le service proposé.
<i>Empathy (Empathy)</i>	Capacité du personnel à comprendre,	A Parasuraman, A Zeith	5 items : Q18 : Individ	5 items : Q18 : Attentio	Q18 : On ne devrait pas s'attendre à ce que ces entreprises accordent une attention	Q18 : On ne devrait pas s'attendre à ce que le service proposé

e) F5	à ressent ir les sentim ents ou à se mettre à la place du patient .	aml et L. Berr y, Serv qual : une échel le multi - items de mesu re des perce ption s de la quali té de servi ce par les cons omm ateur s	ual attentio n Q19 : Caring fashion Q20 : Interest at heart Q21 : underst anding needs Q22 : Conven ient busines s hours	individu elle Q19 : Attentio n personna lisée Q20 : Agir dans le meilleur intérêt Q21 : Connaitr e les besoins Q22 : Horaires d'ouvert ure pratiques	individuelle à chaque consommateur Q19 : On ne peut pas s'attendre à ce que les employés de ces entreprises accordent une attention personnalisée aux consommateurs Q20 : Il n'est pas réaliste de s'attendre à ce que les employés connaissent les besoins de leurs clients Q21 : Il n'est pas réaliste de s'attendre à ce que ces entreprises aient à cœur d'agir dans les meilleurs intérêts des consommateurs Q22 : On ne devrait pas s'attendre à des horaires d'ouverture qui soient pratiques pour les consommateurs	accordequ'une attention soit accordée à chaque patient. Q19 : On ne devrait pas s'attendre à ce que les employés accordent une attention personnalisée au patient Q20 : il n'est pas réaliste de s'attendre à ce que le personnel connaisse les besoins des patients. Q21 : Il n'est pas réaliste de s'attendre à ce que le service proposé ait à cœur d'agir dans le meilleur intérêt des patients. Q22 : Les heures d'ouvertures devraient être pratiques pour le consommateurp atient.
----------	--	--	---	--	--	--

<u>Perc</u> <u>eived</u> <u>Usef</u> <u>ulnes</u> <u>s</u> (PU)	The degre e to which a perso n	Chun- Hsiung Liao, Chun- Wang Tsou, Yi-Chung Shu, The Roles of	5 Items : PU1 PU2	5 items : PU1 : Facilité PU2 : Rendre	Q1 : : Using MOD facilitates the efficacy of my life. Q2 : Using MOD makes my lifestyle easier.	Q1 : L'utilisation de ce service doit faciliter ma vie. Q2 : L'utilisation de
--	--	---	------------------------------------	---	--	--

believe that using a particular system would enhance his/her job performance (in the TAM model)	<i>Perceived Enjoyment and Price Perception in Determining Acceptance of Multimedia-on-Demand</i>	PU3 PU4 PU5	ma vie plus facile	Q3 : Using MOD simplifies my lifestyle.	ce service doit rendre ma vie plus appréciable au sein de l'hôpital.
Ici ce serait donc de quelle manière une personne pense qu'utiliser un service pourrait améliorer son bien être/qualité de soin			PU3 : Simplifier ma vie PU4 : Améliorer ma vie PU5 : Utilité	Q4 : Using MOD increases the quality of my life. Q5 : Using MOD is useful for me.	Q3 : L'utilisation de ce service doit me simplifier la vie. Q4 : L'utilisation de ce service doit améliorer la qualité de l'hôpital Q5 : L'utilisation de ce service doit être utile pour moi

Perc
eive
d

**Chun-
Hsiung
Liao, Chun-**

5
items :

5 items :

Q1 : Using MOD is interesting.

Q1 : L'utilisation de ce service doit

<u>Enjoyment</u> (PE)	Wang Tsou, Yi-Chung Shu, <i>The Roles of Perceived Enjoyment and Price Perception in Determining Acceptance of Multimedia-on-Demand</i>	PE1	PE1 : Intéressant	Q2 : Using MOD makes me feel enjoyable.	être intéressante.
		PE2			Q2 :
		PE3	PE2 : Agréable	Q3 : Using MOD is a good way to spend my leisure time.	L'utilisation de ce service doit me sembler agréable.
		PE4	PE3 : Passer mon temps	Q4 : A variety of services in MOD arouse my curiosity.	Q3 :
		PE5	PE4 : Curiosité	Q5 : Using MOD involves me in the enjoyable process.	L'utilisation de ce service doit être un bon moyen de passer mon temps au sein de l'hôpital.
			PE5 : Processus		Q4 : La variété de services offerts (exercice de revalidation animalier, balade animalière, centre d'accueil...etc) attise ma curiosité.
					Q5 : Utiliser ce service doit me faire prendre part à un agréable processus

<u>Attitude</u> (ATU)	L'attitude peut être définie comme l'ensemble des éléments d'éval	Chun-Hsiung Liao, Chun-Wang Tsou, Yi-Chung Shu, <i>The Roles of Perceived Enjoyment and Price Perception in Determining</i>	4 items : ATU1 ATU2 ATU3 ATU4 ATU5	5 items : ATU 1 : Bénéfice ATU2 : Désirabilité ATU3 : Idée	Q1 :: Using MOD is beneficial for me. Q2 : Using MOD is desirable for me. Q3 : Using MOD is a good idea.	Q1 : L'utilisation de ce service serait bénéfique pour moi Q2 : L'utilisation de ce service serait souhaitable pour moi
--------------------------	---	---	---	---	--	--

uation
perso
nnelle
dont
dispos

*Acceptance
of
Multimedia-
on-Demand*

e un
indivi
du à
l'égard
d'une
marqu
e ou
d'un
produi
t.

Et

Moon and
Kim (2001);

van der
Heijden
(2003)

ATU4 :
Utilisatio
n

Q4 : I will maintain a
positive attitude
toward using MOD

Q3 :

L'utilisation de
ce service serait
une bonne idée

Q4 : J'ai une
attitude positive
envers ce
service

Modèle mesuré : Tangible + Empathie + Utilité perçue + appréciation perçue (**X**) -> Attitude
(**Médiatrice**) -> intention d'adopter le service (**Y**)

Annexe 14 :

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.688
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	40.094
	df	6
	Sig.	.000

Communalities

	Initial	Extraction
Modernequip	1.000	.475
Visuallyappealingfacilities	1.000	.474
ProfessionalApperance	1.000	.414
MatAssocServ	1.000	.463

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	1.826	45.649	45.649	1.826	45.649	45.649
2	.826	20.647	66.296			
3	.693	17.332	83.628			
4	.655	16.372	100.000			

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	1.826	45.649	45.649	1.826	45.649	45.649
2	.826	20.647	66.296			
3	.693	17.332	83.628			
4	.655	16.372	100.000			

Annexe 15 :

Communalities

	Initial	Extraction
ConvBusHour	1.000	.024
IndivAtt	1.000	.597
UnderstandNeed_reverse	1.000	.736
InterestingHeart_reverse	1.000	.767
CaringFashion_reverse	1.000	.709

Annexe 16 :

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.808
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	196.038
	df	6
	Sig.	.000

Communalities

	Initial	Extraction
IndivAtt	1.000	.601
UnderstandNeed_reverse	1.000	.734
InterestingHeart_reverse	1.000	.772
CaringFashion_reverse	1.000	.710

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2.816	70.409	70.409	2.816	70.409	70.409
2	.511	12.773	83.182			
3	.401	10.014	93.196			
4	.272	6.804	100.000			

Component Matrix^a

	Component 1
IndivAtt	.775
UnderstandNeed_reverse	.857
InterestingHeart_reverse	.878
CaringFashion_reverse	.843

Annexe 17 :

- Variable x3 (Utilité perçue)

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.849
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	479.532
	df	10
	Sig.	.000

Communalities

	Initial	Extraction
PU1	1.000	.802
PU2	1.000	.852
PU3	1.000	.817
PU4	1.000	.835
PU5	1.000	.671

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3.977	79.536	79.536	3.977	79.536	79.536
2	.421	8.417	87.953			
3	.302	6.030	93.983			
4	.190	3.805	97.789			
5	.111	2.211	100.000			

Component Matrix^a

	Component 1
PU1	.896
PU2	.923
PU3	.904
PU4	.914
PU5	.819

- Variable x4 (Plaisir perçu)

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.858
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	340.239
	df	10
	Sig.	.000

Communalities

	Initial	Extraction
PE1	1.000	.565
PE2	1.000	.770
PE3	1.000	.820
PE4	1.000	.627
PE5	1.000	.794

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3.576	71.528	71.528	3.576	71.528	71.528
2	.611	12.230	83.758			
3	.345	6.891	90.649			
4	.277	5.544	96.194			
5	.190	3.806	100.000			

Component Matrix^a

	Component 1
PE1	.752
PE2	.878
PE3	.905
PE4	.792
PE5	.891

Annexe 18 :

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.665
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	282.086
	df	6
	Sig.	.000

Communalities

	Initial	Extraction
ATU1	1.000	.750
ATU2	1.000	.704
ATU3	1.000	.702
ATU4	1.000	.677

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2.834	70.844	70.844	2.834	70.844	70.844
2	.819	20.465	91.310			
3	.205	5.123	96.433			
4	.143	3.567	100.000			

Component Matrix^a

	Component 1
ATU1	.866
ATU2	.839
ATU3	.838
ATU4	.823

Annexe 19 :

- X2 (Empathie)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.859	.859	4

Inter-Item Correlation Matrix

	IndivAtt	UnderstandNeed_reverse	InterestingHeart_reverse	CaringFashion_reverse
IndivAtt	1.000	.545	.543	.550
UnderstandNeed_reverse	.545	1.000	.712	.602
InterestingHeart_reverse	.543	.712	1.000	.670
CaringFashion_reverse	.550	.602	.670	1.000

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
IndivAtt	11.77	11.771	.621	.387	.854
UnderstandNeed_reverse	11.91	10.954	.728	.557	.811
InterestingHeart_reverse	11.64	10.713	.762	.607	.796
CaringFashion_reverse	11.50	10.882	.709	.513	.819

- X3 (Utilité perçue)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.932	.935	5

Inter-Item Correlation Matrix

	PU1	PU2	PU3	PU4	PU5
PU1	1.000	.810	.821	.727	.625
PU2	.810	1.000	.766	.860	.665
PU3	.821	.766	1.000	.761	.675
PU4	.727	.860	.761	1.000	.716
PU5	.625	.665	.675	.716	1.000

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PU1	14.40	19.150	.828	.755	.914
PU2	14.17	19.324	.867	.812	.908
PU3	14.50	18.623	.844	.742	.911
PU4	14.23	19.456	.857	.788	.910
PU5	14.73	18.586	.729	.554	.937

- X4 (Plaisir perçu)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.895	.899	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PE1	15.68	16.035	.633	.469	.902
PE2	15.30	16.343	.799	.644	.861
PE3	15.46	15.528	.836	.716	.851
PE4	15.19	17.601	.671	.508	.887
PE5	15.39	15.945	.805	.709	.858

Inter-Item Correlation Matrix

	PE1	PE2	PE3	PE4	PE5
PE1	1.000	.638	.631	.424	.528
PE2	.638	1.000	.730	.597	.727
PE3	.631	.730	1.000	.647	.792
PE4	.424	.597	.647	1.000	.687
PE5	.528	.727	.792	.687	1.000

- Y1 (Attitude)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.858	.863	4

Inter-Item Correlation Matrix

	ATU1	ATU2	ATU3	ATU4
ATU1	1.000	.852	.544	.507
ATU2	.852	1.000	.487	.478
ATU3	.544	.487	1.000	.798
ATU4	.507	.478	.798	1.000

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ATU1	11.62	8.256	.774	.748	.789
ATU2	11.82	8.315	.729	.729	.812
ATU3	10.84	10.078	.681	.664	.831
ATU4	10.74	10.456	.663	.648	.839

Annexe 20 :

- Régression X2/Y1(Empathie)

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	3.361	.358		9.397	.000	2.652	4.071
	MEANEMP	.097	.088	.105	1.096	.275	-.078	.272

- Régression X3/Y1 (Utilité perçue)

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	1.193	.215		5.548	.000	.767	1.619
	MEANPU	.707	.057	.767	12.365	.000	.594	.820

- Régression X4/Y1 (Plaisir perçu)

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	.398	.192		2.076	.040	.018	.778
	MEANPE	.868	.048	.867	17.991	.000	.772	.963

- Régression multiple X2,X3,X4/Y1

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	.250	.242		1.033	.304	-.230	.730
	MEANEMP	.027	.044	.029	.612	.542	-.060	.113
	MEANPU	.199	.072	.216	2.777	.006	.057	.341
	MEANPE	.693	.078	.693	8.882	.000	.538	.848

- Régression X1,X2,X4,X4/Y1

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	.107	.450		.239	.812	-.786	1.001
	MEANEMP	.028	.044	.031	.647	.519	-.059	.116
	MEANPU	.193	.073	.209	2.628	.010	.047	.339
	MEANPE	.693	.078	.693	8.848	.000	.538	.849
	MEANTANG	.036	.096	.019	.376	.707	-.154	.226